Aus der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin
(Direktor: Privat-Dozent Dr. Rudolf Klaue †)

DIE ATYPISCHEN PSYCHOSEN BEIM CHRONISCHEN ALKOHOLISMUS

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den
Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Elke Barbara Gentz geb. Fresen
aus Diefflen/Saar

1971

Aus der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin
(Direktor: Privat-Dozent Dr. Rudolf Klaue †)

DIE ATYPISCHEN PSYCHOSEN BEIM CHRONISCHEN ALKOHOLISMUS

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den
Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Elke Barbara Gentz geb. Fresen
aus Diefflen/Saar

Referent: Professor Dr. med. Helmut Selbach
Korreferent: Professor Dr. med. Hanfried Helmchen

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 27. Mai 1971

Inhalt

		Seite
0.	Einleitung	5
1.1	Die aktuelle Problematik des Alkoholismus	7
1.2	Definition des chronischen Alkoholismus	8
1.3	Ursachen des chronischen Alkoholismus	8
1.4	Die Persönlichkeit des Alkoholkranken und ihre Beziehung zu den Alkoholpsychosen	12
1.5	Die klassischen Alkoholpsychosen	13
1.5.1	Das Delirium tremens	14
1.5.2	Die Pseudoencephalitis haemorrhagica superior	16
1.5.3	Die alkoholische Korsakow-Psychose	17
1.5.4	Die Alkoholhalluzinose	18
1.5.5	Die Alkoholparanoia	24
1.5.6	Die Alkoholepilepsie	25
2.	Eigene Untersuchungen	
2.1	Übersicht über das Krankengut	27
2.1.1	Der Altersaufbau der Patienten	27
2.1.2	Nebenbefunde	30
2.2	Die Alkoholpsychosen	32
2.2.1	Das Delirium tremens	34
2.2.2	Die typischen Alkoholhalluzinosen	36
2.2.3	Die Korsakow-Psychosen	38
2.2.4	Die Alkoholparanoien	39
2.3	Die atypischen Alkoholpsychosen	43
2.3.1	Fragen zur Entstehung der atypischen Alkoholpsychosen	43
2.3.2	Überblick über die in der Literatur beschriebenen Formen von atypischen Alkoholpsychosen	47

		Seite
2.3.3	Neue Einteilung der atypischen Alkoholpsychosen	50
2.3.4	Kasuistik und Analyse der einzelnen Psychoseformen	50
2.3.4.1	Atypische Alkoholdelirien	50
2.3.4.2	Atypische Alkoholhalluzinosen	53
2.3.4.3	Delirant-halluzinatorische Mischpsychosen	57
2.3.4.4	Paranoid-halluzinatorische Alkohol-Mischpsychosen	66
2.3.4.5	Schizophreniforme und cyclophreniforme Alkohol-Psychosen	74
2.3.4.5.1	Schizophreniforme Alkoholpsychosen	76
2.3.4.5.2	Cyclophreniforme Alkoholpsychosen	79
2.3.4.5.3	Maniform-schizophreniforme Mischpsychosen bei chronischem Alkoholismus	80
3.	Diskussion	83
4.	Zusammenfassung	88
5.	Literaturverzeichnis	90

0. Einleitung

Dieser Arbeit liegen ausschließlich Untersuchungen an männlichen Patienten der Psychiatrischen Abteilung der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin zugrunde. Es wurden sämtliche Krankengeschichten aus den Jahren 1967 und 1968 berücksichtigt, in denen ein chronischer Alkoholismus bzw. eine Alkoholpsychose diagnostiziert worden war. Bei einem großen Teil der Patienten wurden Krankheitsverlauf, insbesondere der Verlauf typischer und atypischer metalkoholischer Psychosen vom ersten Tag an durch eigene Untersuchungen festgehalten. Neben den üblichen laborchemischen wurden dabei auch röntgenologische Untersuchungen, Elektroencephalogramme, Pneumencephalogramme und psychologische Tests (HAWIE-, RORSCHACH- und WARTEGG-Test) durchgeführt.

Unsere Kasuistik atypischer Alkoholpsychosen setzt sich aus Kranken zusammen, bei denen keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte, einerseits, weil es sich um Mischformen der verschiedenen klassischen Alkoholpsychosen handelte, andererseits, weil eine Kombination exogener und endogener Symptome die Beantwortung der Frage nach der Primärschädigung unmöglich machte. In vielen Fällen trugen selbst eine genauere Durchleuchtung der Biographie des Patienten und seiner Familienanamnese nicht zur Klärung bei, oder aber die diesbezüglichen Angaben waren nur unzureichend. Auch standen uns keine Katamnesen zur Verfügung, die bei unklaren Bildern der Erhärtung oder Revidierung gestellter Diagnosen dienen konnten.
Deshalb beschränkte sich die Darstellung der atypischen Psychosen auf den klinischen Verlauf unter Berücksichtigung der Vorgeschichte.

Der Zeitraum von zwei Jahren scheint genügend groß, das Aufnahmespektrum der Klinik ausreichend breit zu sein, um statistische Aussagen über die Zusammensetzung des Krankengutes zu machen.

Vor der genaueren Analyse der beobachteten Alkoholpsychosen erscheint es sinnvoll, kurz auf das vielschichtige Problem des Alkoholismus in unserer Zeit hinzuweisen, und dann zunächst die Persönlichkeit des Alkoholkranken zu skizzieren, die für das Verständnis der Entwicklung verschiedener Psychoseformen von Bedeutung ist.

1. 1 Die aktuelle Problematik des Alkoholismus

Der Alkoholismus mit seinen verhängnisvollen Auswirkungen auf die verschiedensten Bereiche unserer Gesellschaft ist zumal in den letzten Jahren zu einem so hervorstechenden Problem geworden, daß man ihn mit Recht neuerdings zu den sogenannten Zivilisationskrankheiten rechnet. In seinem Vortrag über Kulturpathologie wies bereits SPRANGER (76) auf die Häufigkeit des Alkoholismus als kulturpathologische Erscheinung hin. Es ist bekannt, daß seit Ende des 2. Weltkrieges der Alkoholismus in fast allen Ländern erheblich angestiegen ist. Nur Frankreich, das bis heute unverändert mit seinem Verbrauch an alkoholischen Getränken an der Spitze steht, hatte 1935/36 mit einem Verbrauch von ca. 33,5 l reinen Alkohols pro Erwachsener über 20 Jahre jährlich den absoluten Rekord erreicht. Westdeutschland, 1951 noch mit 5 l reinen Alkohols pro Erwachsener über 20 Jahre jährlich an 7. Stelle in der Welt, war 1961 bereits mit 11, 5 l reinen Alkohols pro Erwachsener über 20 Jahre auf den 4. Platz angestiegen und erreichte 1966 mit 10 l reinen Alkohols pro Kopf der Bevölkerung und Jahr den schweizerischen Stand nach Frankreich und Italien. (2 und 11).

Diese Zahlen gewinnen an erschreckender Bedeutung, wenn wir hören, daß zur Zeit 50 % aller Verkehrsunfälle, etwa 2/3 aller Sittlichkeitsdelikte (63) und rund 30 % aller Suicide (77) zu Lasten des Alkoholmißbrauchs gehen. In unseren Kliniken wird ein ständiges Ansteigen der durch Alkohol hervorgerufenen Schäden beobachtet, insbesondere der Leber- und Magenleiden wie auch der neurologischen und psychiatrischen Krankheiten. Wir müssen heute z.B. 20 - 30 % der Lebercirrhosekranken als alkoholbedingt ansehen (2); auf den neurologischen Abteilungen findet sich ein hoher Prozentsatz an Patienten mit alkoholischer Polyneuritis, unter den Aufnahmen einer psychiatrischen Klinik sind heute bis zu 35 % Alkoholkranke (11/77/57/5). Neuesten Untersuchungen von R. FOX (28) zufolge können wir annehmen, daß bis zu 6 % der Bevölkerung alkoholsüchtig werden; das entspricht etwa dem Ergebnis von JELLINEK's Schätzungsformel = 4,1 % Zitiert in (50) und LIPSCOMB's Statistik = 5,1 % (50).

1. 2 Definition des chronischen Alkoholismus

Es hat jahrelanger Bemühungen mehrerer Institutionen und Vereinigungen bedurft, um die allgemeine Konzeption hinsichtlich des Alkoholismus zu ändern. Während man früher den chronischen Trinker als sozial wertlosen, willensschwachen Menschen ansah und aufgab, wird er nunmehr als Kranker angesehen, der einer ärztlichen Behandlung bedarf, geheilt werden und seinen vollgültigen Platz in der Gesellschaft einnehmen kann. Die wissenschaftliche Grundlage zur Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit verdanken wir der Arbeit von ZURUKZOGLU "Ist Trunkenheit eine Krankheit?" (87 und 88).
Wir verstehen heute nach der Definition der WHO (2) unter Alkoholikern exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche Störungen ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, Konflikte in ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen.
Trinkertypen dieser Definition sind: a) gewohnheitsmäßige übermäßige "symptomatische" Trinker und
b) süchtige Trinker (2).
Die allgemein gültige Definition versteht unter Sucht eine zunehmende Dosissteigerung und das Auftreten von Abstinenzerscheinungen.

1. 3 Ursachen des (chronischen) Alkoholismus

Es ist vielfach versucht worden, die Faktoren, die für die Entstehung des Alkoholismus verantwortlich sind, schematisch darzustellen. Aus der entsprechenden Literatur lassen sich folgende Beispiele wählen: BLEULER (11) unterscheidet

1. Milieu- und Gelegenheitstrunksucht
2. neurotische Trunksucht
3. psychopathische und
4. sekundäre Trunksucht (= als Symptom einer anderen Geistesstörung).

KIELHOLZ (42) sieht für die Entstehung einer Drogenabhängigkeit ganz allgemein folgende Hauptursachen: Heredität, frühkindliche Milieuschädigung und auslösende Faktoren.

Am ausführlichsten ist eine Einteilung von PERRIN (64), der sämtliche Faktoren, die für die Entstehung einer Trunksucht in Frage kommen, wie folgt zusammenfaßt:

1) I n n e r e U r s a c h e n :
   Psychopathie und Perversionen, affektive Retardierung, Minderwertigkeitsgefühl, Asthenie, paranoische Charakterartung, Schwachsinn, Psychosen, Epilepsie, Dipsomanie;
2) Ä u ß e r e U r s a c h e n : (sogenannte soziale)
   Beruf, Genuß- und Geselligkeitstrinken, ärmliche Wohnverhältnisse, unbefriedigende Arbeitsbedingungen, traditionsbestimmte, gewissermaßen rituelle und gesellschaftsgeprägte Rolle des Alkohols in der menschlichen Lebensgemeinschaft;
3) F a m i l i ä r e s M i l i e u.

Bei der E n t s t e h u n g der Trunksucht erleben wir wie bei kaum einem anderen psychiatrischen Krankheitsbild ein Ineinandergreifen von sowohl Anlage- als auch Milieu-bedingten Faktoren. Die Mehrzahl der Alkoholkranken ist in einen Circulus vitiosus verstrickt, an dem soziale Mißstände genauso beteiligt sind wie Konstitution und persönliches Versagen.

Wir sehen am Beispiel der Länder Frankreich und Italien den Einfluß der Trinksitten auf die Bevölkerung. Auf andere traditionelle und ritualistische Funktionen, die der Alkohol in einigen Kulturen, z.B. Südamerikas erfüllt, soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. In unseren Breiten unterscheiden wir in erster Linie Wohlstands- (LUSTIG, B (53) spricht sogar vom "Fernsehtrinker"!) Berufs- und Problemtrinker. FEUERLEIN (24) hat bei seinen Untersuchungen an chronischen Alkoholikern im Raum München festgestellt, daß 22 % der Probanden aus alkoholnahen Berufen stammten gegenüber 2,7 % in Westdeutschland insgesamt. Zur Frage der Heredität kann gesagt werden, daß Anomalien der Spermiogenese und eine Keimdrüsenatrophie bei langjährigen Alkoholikern bekannt sind und die Möglichkeit einer wirksamen Keimschädigung durchaus in Betracht gezogen werden muß. Bis 1962 konnten jedoch nach WIESER (84) vererbbare "Irrtümer des Stoffwechsels"

noch nicht nachgewiesen werden, so daß über die somatischen Voraussetzungen für die Vererbung der Trunksucht noch nichts Definitives ausgesagt werden kann. M. BLEULER (12) fand immerhin in seinem Krankengut in 1/4 der Fälle endokrine Störungen mit gewissen Korrelationen zur Trunksucht.
Es ist eine Tatsache, daß sich der Alkoholismus familiär häuft, und daß diese Häufung laut BLEULER (11) sogar alle anderen Krankheiten übersteigt, deren endogene Gruppen als sichere Erbleiden gelten, wie bei Schizophrenie, Epilepsie und Cyclophrenie. Man spricht auch von sogenannten Trinkersippen, in denen selbst bei den nicht trunksüchtigen Familienmitgliedern nach BILZ (9) ganz charakteristische Wesenszüge gefunden werden. HOFF (38) stellte bei Untersuchungen in diesem Zusammenhang fest, daß 60 % der männlichen Nachkommen von Alkoholikern ebenfalls Alkoholiker geworden sind. Diese Häufung muß jedoch nicht unbedingt der Ausdruck einer Veranlagung sein, sondern zeigt, wie eng Anlage und Umweltbedingungen ineinander verflochten sein können. Die Trunksucht des Vaters hat großen Einfluß auf das familiäre Milieu, in dem das Kind aufwächst. Unter diesem Gesichtspunkt sehen auch AUERSPERG und SOLARI (4) das Ergebnis ihrer Untersuchungen, daß 67 % der Väter ihrer Patienten Alkoholiker waren.

Unter der konstitutionellen Voraussetzung zur Sucht ist die Psychopathie an erster Stelle zu nennen. Der Prozentsatz der psychopathischen Persönlichkeiten unter den Alkoholikern wird in der älteren Literatur (BONHOEFFER 17, POHLISCH 66 und 67) in Werten bis zu 70 % angegeben; in der neueren Literatur (BOSS zit. in 21) liegt er mit 20 % (BOSS zit. in 46) bis 40 % (12) erheblich niedriger. Diese Schwankungen lassen sich durch die verschiedene Abgrenzungsschärfe des Begriffs Psychopathie erklären. Wir verstehen mit M. BLEULER darunter vorwiegend abnorme (unzufriedene, unstete, depressive, hypomanische, triebhafte, infantile) Persönlichkeiten.

KAMMERER (40) sieht in 40 bis 50 % aller Fälle von chronischem Alkoholismus die Ursache in leichteren neurotischen Zuständen wie in reaktiven Depressionen auf Lebensenttäuschungen, in Angst- und phobischen Neurosen, neurasthenischen,

hypochondrischen und postkommotionellen Zuständen, in paroxistischen Trinkphasen bei cyclothymen oder anderen Verstimmungen und "alcoolisme de décompensation" bei Impotenten, Haltlosen und Paranoischen.

Von den negativen Umwelteinflüssen tragen wohl Störungen im familiären Milieu die Hauptschuld an der Entstehung der Trunksucht. Eine katamnestische Studie von MARONCELLI (56) ergab, daß von 102 Alkoholikern 37 in zerrütteten Familienverhältnissen aufgewachsen waren und die Eltern von 39 unter Alkoholismus, Geisteskrankheiten oder Verhaltensstörungen litten. KIELHOLZ (42) fand in 40 % eine Milieuschädigung (Fehlen der affektiven Wärme der Mutter, mangelnde Möglichkeit, sich mit einem beschützenden, pflichtbewußten Vater zu identifizieren). Von 84 anderen Patienten hatten 47 % eine dominierende, 38 % eine überfürsorgliche Mutter und 40 % einen schwächlichen Vater (FEUERLEIN 24).

In der Psychoanalyse wird bekanntlich der "verdrängten" oder gestörten Sexualität eine besondere Rolle für die Entstehung der neurotischen Fehlentwicklung beigemessen. Häufig wird bei Alkoholikern eine verstärkte Neigung zur Homosexualität beobachtet (54 und 70) bzw. es werden gewisse Zuordnungen zwischen Alkoholismus und Akzentstörungen innerhalb der natürlichen menschlichen Bisexualität erkannt (19). Andere Autoren (MITSCHERLICH, WEXBERG u. a. zit. in 46) sehen im Alkoholismus den Ausdruck einer "oralen Fixierung" bzw. eine Regression vom genitalen zum oralen Erlebnis.

Wir stimmen mit JANZ (39) darin überein, daß es "kein persönlichkeitspsychologisches Kriterium, geschweige denn ein Spezificum der Suchtentstehung gibt", sondern sehen - wie einleitend betont - im Entstehen des Alkoholismus ein Z u s a m m e n s p i e l der oben genannten Faktoren, wobei im Laufe des Lebens Konflikte in Ehe und Beruf, Ehrgeiz und Rivalitätsprobleme die Rolle der auslösenden Ursache übernehmen können.

Chronischer Alkoholabusus kann aber auch das Symptom einer "echten" Geisteskrankheit sein (sekundärer Alkoholismus). HOFF (37) fand unter seinen Alkoholikern insgesamt 9 % Psychotische. Demgegenüber betonen SCHRAPPE (74) und PAULEIKHOFF (zit.in 74), daß endogen psychotisch Kranke nur in Ausnahmefällen

süchtig und insbesondere alkoholsüchtig würden. Hier zeigt sich ein Problem, das in der alten und neuen Literatur immer wieder anklingt und diskutiert wird: Die Frage, ob einigen Formen von metalkoholischen Psychosen eine endogene Psychose zugrunde liegt oder nicht. Unter den mit echten Geisteskrankheiten kombinierten Formen steht die Schizophrenie an erster Stelle (61); bei cyclothymer Depression ist Alkoholismus höchst selten anzutreffen (BETZ 8 und MAYFIELD 58), in der maniformen Phase dagegen häufig (58).

1.4 Die Persönlichkeitsstruktur des Alkoholkranken und ihre Beziehung zu den Alkoholpsychosen

Es wurden bisher die vielfältigen Faktoren aufgezeigt, die zur Entwicklung der p r ä m o r b i d e n P e r s ö n l i c h k e i t beitragen, das heißt die Persönlichkeit v o r Beginn der Trunksucht prägen. In der Literatur werden übereinstimmend immer wieder folgende charakteristische Wesensmerkmale genannt: Unreife, Passivität, Mutterfixation, schlecht entwickeltes Gefühl für maskuline Identität, verstärkte Hemmungen aggressiver und sexueller Impulse mit einer Tendenz zu Schuld- und Inferioritätsgefühlen, Neigung zu Sadismus, Masochismus und Perversität (9, 70, 49, 46, 80). Die Kontaktstörungen der Trinker werden daran deutlich, daß bis zu 40 % ledig bleiben und von den Verheirateten über 1/3 wieder geschieden sind. Wesentlich häufiger als bei Gesunden findet man auch Partner, die um viele Jahre älter sind (24, 22).

Zur prämorbiden Persönlichkeit kommt nun bei länger dauerndem Alkoholabusus eine W e s e n s v e r ä n d e r u n g hinzu, die durch die chronische Alkoholintoxikation hervorgerufen wird (auf die alkoholbedingten organischen Veränderungen wollen wir hier nicht näher eingehen).
Der Verlust von Hemmungen führt zu einem ethischen Defekt, die generelle Haltlosigkeit, affektive Unbeherrschtheit und Aggressivität bedingen den allmählichen sozialen Abstieg. Die Abnahme der Potenz bei gesteigerter Libido fördert die Entstehung paranoider Gedankengänge im Sinne von Eifersuchts-, Beeinträchtigungs-

und Verfolgungsideen: Der Alkoholiker projiziert die eigene sexuelle Erregung und moralische Minderwertigkeit auf die Ehefrau und beschuldigt sie des Ehebruchs. Andererseits kann er aber auch reumütig sein, übertreibt seine Selbstanklagen und leidet unter den eigenen Schuld- und Insuffizienzgefühlen. Die emotionale Labilität führt zu einem dauernden Wechsel zwischen euphorischen Gefühlsregungen und depressiven, gereizten oder gehässigen Verstimmungen. Der Alkoholiker in psychiatrischen Kliniken bildet also ein Bild, in dem sich konstitutionelle, psychoreaktive und alkoholbedingte Störungen verbinden.
In der Beurteilung einer Alkoholpsychose sowie in der Differentialdiagnose zu anderen Geisteskrankheiten ist die Kenntnis der Persönlichkeit und Vergangenheit des Kranken oft von großer Wichtigkeit. Im Unterschied zu endogenen Psychosen sind die psychopathologischen Phänomene der Alkoholpsychose "bezogen", das heißt persönlichkeitsgebunden und einfühlbar. Im Delirium tremens zeigt der Kranke, was er "macht", in der Alkoholhalluzinose dagegen, was er "ist" (75). Besonders die Arbeiten von BENEDETTI (6 und 7) und BILZ (9 und 10) zeigen, wie persönlichkeitsspezifische Momente die Struktur der Alkoholhalluzinose determinieren. FODSTAD (27) beweist in seiner Kasuistik die pathoplastische Bedeutung der prämorbiden Persönlichkeit für die Alkoholparanoia. Diese Feststellung scheint für die Analyse atypischer Alkoholpsychosen besonders wichtig, finden sich doch unter anderem in der Persönlichkeitsstruktur und Biographie Faktoren, die für eine "individuelle" das heißt atypische Variation der klassischen Alkoholpsychose verantwortlich sind.

1. 5 Die klassischen Alkoholpsychosen

In der älteren wie in der neueren deutschsprachigen Literatur existieren verschiedene Auffassungen über Einteilung und Definition der Alkoholpsychosen. Hinzu kommen Unterschiede in der englisch-amerikanischen sowie romanischen Nomenklatur. Aus diesen Gründen erscheint es notwendig, eine klare Definition der einzelnen metalkoholischen Psychosen vorauszuschicken, auf der sich die Einteilung des hier bearbeiteten Krankengutes gründet; es sollen hierbei besonders die psychopatholo-

gischen Symptome hervorgehoben werden, an denen die Unterscheidung zwischen "typisch" und "atypisch" verdeutlicht wird. Hierzu dienen in der Hauptsache folgende Quellen: 24, 48, 59, 86.

Man unterscheidet heute:

1. Delirium tremens
2. Alkoholische Korsakow'sche Psychose
3. Polioencephalitis superior haemorrhagica nach WERNICKE
4. Alkoholhalluzinose
5. Alkoholparanoia
6. Alkoholepilepsie

Gemeinsam ist allen diesen Psychosen, daß sie auf dem Boden eines langjährigen Alkoholabusus entstehen, also zu den somatogenen Psychosen gerechnet werden.

1.5. 1 Das Delirium tremens, die häufigste Alkoholpsychose, ist ein plötzlich auftretender, lebensbedrohlicher Zustand mit Bewußtseinsstörung, zeitlicher und örtlicher Desorientierung bei erhaltener autopsychischer Orientierung, mit illusionären Verkennungen und typischen optischen Halluzinationen. Der Kranke sieht meist viele kleine flinke Tierchen (Ratten, Mäuse, Spinnen, Ungeziefer), mitunter auch Personen, mit denen er sich unterhält. Die Tatsache, daß seit Jahren die Kleintierwelt in fast unveränderter Form und Beweglichkeit im halluzinierten Bild auftritt, hat SCHULTE (74 a) veranlaßt, vom "Antiquitätenkabinett der Trugwahrnehmungen" zu sprechen. Hinzu kommen haptische Sensationen der Körperoberfläche (n i e intestinale Sensationen!), taktile (langgezogene Dinge wie Fäden usw.) und - viel seltener - akustische Halluzinationen in Form von Elementargeräuschen oder Musik; in den typischen Fällen werden n i e gesprochene Worte oder Sätze als "Stimmen" gehört.
Im Affekt imponiert eine Mischung aus Angst und Heiterkeit ("Galgenhumor"); der Kranke verfolgt seine Visionen mit gespannter Aufmerksamkeit, ist jedoch

leicht ablenkbar und sehr suggestibel: Er liest alles Mögliche vom leeren Blatt ab, sieht beim Druck auf die geschlossenen Augen (nach LIEPMANN zit. in 59 und 10) alles, was man ihm einredet und zeigt bei tatsächlich vorhandenen Gegenständen eine illusionäre Verkennung derselben bzw. eine Multiplikationstendenz. Auffällig ist die motorische Unruhe, die ständige Bewegung des Patienten, der immerzu beschäftigt ist (besonders charakteristisch: Fädenziehen, Nesteln, Federlesen) und sich beim Verrichten seiner Alltagsbeschäftigung wähnt. Als besonders typisch gilt die vegetative Symptomatik: Starker grobschlägiger Tremor der Hände und Zunge, heftiges Schwitzen, Schlaflosigkeit, Temperaturerhöhung und polyneuritische Symptome.
Häufig treten in den Tagen bzw. Nächten vor Ausbruch des Delirs P r o d r o m i in Form von Schlafstörungen, abendlichen oder nächtlichen Verwirrtheitszuständen und gelegentlichen optischen Sinnestäuschungen auf. Falls es bei diesen Erscheinungen bleibt bzw. infolge der eingeleiteten Therapie bei Aufnahme in die Klinik nicht zum voll ausgebildeten Delir kommt, spricht man von Prä- oder Subdelir.

Die P a t h o g e n e s e des Delirium tremens ist noch nicht genügend aufgeklärt. Ein "ätiologisches Zwischenglied" im Sinne der Ansicht BONHOEFFER's (16) konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Sicherlich spielen aber die Stoffwechselstörung und besonders die Leberschädigung eine große Rolle, die dann zu einer Encephalopathie führen. Auch Vitaminmangel-, endokrine und andere Hypothesen werden diskutiert (WIESER 85). Entgegen einigen Beobachtungen (unter anderen LIEPMANN's Bulbusdruckversuch), die für die periphere Genese der Halluzinationen sprachen, betonte KRAEPELIN (zit. in 59) schon deren zentrale Natur und wies auf die Tatsache hin, daß beim Sehen durch farbige Gläser die Gesichtstäuschungen nicht mitgefärbt wurden.
Heute werden vor allem hypothalamisch-mesencephale Zentren als Angriffspunkt der Noxe angenommen, die schon physiologisch auf humorale Veränderungen des Milieu interne besonders ansprechen, und als Sitz der Vitalgefühle z. B. für die Schlaflosigkeit, Angst, Unruhe und Schreckhaftigkeit verantwortlich zu machen

sind (4). Sehr früh wurde schon darauf hingewiesen, daß Delirien besonders häufig bei Schnapstrinkern (18) vorkommen und besonders schwer bei Wermuttrinkern verlaufen (WOLFERT in 2 und 48). Auch heute wird wieder ein Zunehmen der Delirien proportional dem Ansteigen des Schnapsverbrauchs beobachtet (20). Die allgemein vertretene Ansicht, daß der plötzliche Entzug des Alkohols allein das Delirium tremens auslöst, (34 und 72) wird von einigen Autoren bestritten, die ein Delir auch im unmittelbaren Anschluß an Alkoholexzesse beobachtet haben. FIGURELLI (26 a) z. B. gibt an, daß bei 173 von 180 Deliranten das Delir aufgetreten sei, während sie noch tranken. Sicher sind Gelegenheitsursachen wie Infektionskrankheiten, Verletzungen usw. an der Entstehung mit beteiligt. Unter unsere obige Definition des Delirium tremens fallen KRAEPELINS "besonnenes Delir", BONHOEFFER's "systematisierendes Delir" ebenso wenig wie der 2. und 3. Grad des Delirs nach LASÈGUE (zit. in 59). In diesem Zusammenhang soll auch auf eine Besonderheit im französischen bzw. im gesamten romanischen Sprachgebrauch hingewiesen werden, wo es für Wahn und Delir nur einen Begriff gibt ("dêlire" bzw. "delirio"). Man sieht hier in Wahn (Denkstörung), Delir und Halluzinose (Trugwahrnehmungen) "Syndrome des Bewußtseinszustandes, die vom Grad der psychischen Schädlichkeit der pathologischen Noxen abhängen". (LLOPIS 51, MICHAUX und andere 60).

1.5. 2 Die Pseudoencephalitis haemorrhagica superior, von WERNICKE 1881 als "Polioencephalitis superior haemorrhagica" beschrieben, sei hier nur kurz erwähnt, da sie bei keinem der von uns beobachteten Patienten diagnostiziert wurde. Es handelt sich um eine schwere toxische Psychose, die außer bei chronischem Alkoholismus bei Carzinomen des Magen-Darm-Traktes (BLEULER 11) und bei Botulismus (KLOOS 43) vorkommt und klinisch gekennzeichnet ist durch akute deliröse und amnestische Erscheinungen, die ein Delirium tremens oder eine Korsakow'sche Psychose komplizieren können und nach unregelmäßiger Dauer in Somnolenz und Koma übergehen unter neurologischen Begleitsymptomen wie Augenmuskellähmung, Ataxie, Schlafsucht und Krampfanfällen. Bei nicht tödlichem Ausgang

geht sie in eine Korsakow'sche Psychose über. Pathologisch-anatomisch handelt es sich nicht um eine echte Entzündung, sondern um kleine punktförmige Blutungen, Gefäßwucherungen und Gliavermehrung in den vegetativen Zentren um den 3. und 4. Ventrikel, den Aquaedukt, die hintere Vierhügelplatte und die Corpora mamillaria.

1.5. 3 Die alkoholische Korsakow'sche Psychose ist ein psychischer Defektzustand, der entweder allmählich oder im Anschluß an ein Delir entsteht und mit amnestischen Störungen, vor allem der Merkfähigkeit ("amnestisches Psychosyndrom"), Desorientiertheit, Konfabulationen (als Zeitgitterstörung) und polyneuritischen Schäden einhergeht. Zunehmende Demenz mit Kritiklosigkeit und Antriebsschwäche charakterisieren den Endzustand.
BLEULER (11) unterscheidet eine alkoholische Korsakow'sche Psychose von einer alkoholischen Verblödung, wo Störungen im Denken und Affekt vorherrschen. Uns scheint eine Abgrenzung der beiden Formen in der Praxis nicht durchführbar.

Ätiologisch kann diese Krankheit als karentielle Encephalo-Neuropathie angesehen werden, bei der Vitaminmangel an erster Stelle steht. Zur Pathogenese trug HAASE (33) einen überzeugenden neuen Gesichtspunkt bei: Aus seinem Ergebnis, daß von 182 Delirien nur sechs in eine Korsakow-Psychose übergingen, während umgekehrt bei 24 Fällen von schwerem alkohologenem amnestischem Psychosyndrom nur in einem Fall ein protrahiertes Delir voraufgegangen war, schließt er, daß nur durch andere hirnorganische Veränderungen wie traumatische oder altersbedingte Erscheinungen vorgeschädigte Kranke auf eine zusätzliche chronische Alkoholintoxikation mit dem amnestischen Psychosyndrom und nur selten gleichzeitig mit deliranten Erscheinungen reagieren.
Pathologisch-anatomisch findet man bei der Korsakow-Psychose keine spezifischen Veränderungen, sondern ein diffuses Zugrundegehen nervöser Elemente, besonders im Stirnhirn und im limbischen System (85).

1.5. 4 Die Alkoholhalluzinose BLEULERS Alkoholwahnsinn, KRAEPELLINS halluzinatorischer Wahnsinn, WERNICKES akute Halluzinose der Trinker

Obwohl nach WERNICKE diese Psychose eine der am besten abgegrenzten Formen der akuten Psychosen ist (zit. in 59), wird ihre Diagnose weit weniger einheitlich gehandhabt als die des Delirium tremens. Da die Alkoholhalluzinose psychopathologisch ein buntes Bild bietet, ist die Differentialdiagnose gegenüber anderen Psychosen (z. B. jenen des schizophrenen Formenkreises) oder der Mischform von Alkoholhalluzinosen und Delirium tremens schwierig. In der Tat gibt es chronische Fälle, die sich im Laufe der Zeit zu Schizophrenien entwickeln (die chronischen Alkoholhalluzinosen schizophrener Natur nach BENEDETTI (6). BLEULER und GRAETER (zit. in 6) haben nachgewiesen, daß die Mehrzahl der zu ihrer Zeit unter der Diagnose "Alkoholparanoia", "chronisches Delir", "alkoholischer Wahnsinn" oder "alkoholische Verrücktheit" geführten Psychosen eigentlich mißdeutete Schizophrenien waren. Dennoch läßt sich die Alkoholhalluzinose sehr gut von anderen Psychosen abgrenzen, wenn man sich mit BILZ (10) und BENEDETTI (6) streng an die folgende Definition hält:

Die Alkoholhalluzinose wird in zwei Formen unterschieden:

1. die akute,
2. die chronische Verlaufsform.

Die charakteristischen Merkmale der akuten Alkoholhalluzinose sind Angst und massenhafte akustische Halluzinationen bei klarem Bewußtsein, Intaktheit des Denkens und erhaltener Orientierung. Selten kommen optische Sinnestäuschungen vor; sie treten dann höchstens als schattenhafte Gestalten oder Gebilde in Erscheinung. Geruchs-, Geschmacks- und taktische Halluzinationen finden wir nur in atypischen Fällen; sie gehören nach BONHOEFFER (zit. in 59) und BLEULER (11) einer zugrunde liegenden Schizophrenie an. Für intestinale Sensationen gilt das sicher. Körpersensationen der Oberfläche werden indessen auch bei delirant-halluzinatorischen Mischbildern beobachtet.

Meist sind es mehrere oder viele S t i m m e n, die unter Anführung eines dem Patienten oft wohlbekannten Sprechers über den Patienten reden, häufig in zwei Parteien - sozusagen als dramatisch ausgearbeiteter Dialog. Typisch hierbei ist, daß der Potient nicht direkt angesprochen wird, sondern, daß man in der dritten Form über ihn redet, er also Zeuge einer für ihn meist ausgesprochen peinlichen Unterhaltung wird: Die Stimmen halten ihm "Sünden" (z. B. den Alkoholismus) vor, beschuldigen ihn irgendwelcher Delikte aus der Vergangenheit, sie bedrohen und beschimpfen ihn. Es werden Dinge an den Tag gebracht, die das Gewissen des Patienten belasten, oder auch Gedanken- "sünden", negative Neigungen und sexuelle Wünsche als tatsächlich begangene Handlungen bzw. Verfehlungen angeprangert. Es wird in der Psychose sozusagen ein n e g a t i v e s Z e r r b i l d des Patienten gezeigt. Die Stimmen stellen das personifizierte Gewissen dar, nehmen eine "Vivisektion des Seelenlebens" (BILZ) vor. BILZ nennt dieses Erlebnis "dramatisierte Selbstbesinnung oder kritische Selbstbegegnung" und sieht darin eine psychotherapeutische Pointe der Alkoholhalluzinose.

Wir sehen am "bezogenen" das heißt persönlichkeitsgebundenen Inhalt der Psychose, wie die Vergangenheit des Patienten pathoplastisch wirksam wird. Eine vorherrschende Rolle spielt die sexuelle Thematik (Homosexualität, Ehebruch, Sittlichkeitsdelikte). Oft erfährt der Patient auch vom angeblichen Tod der Ehefrau oder anderer Familienangehöriger, für den man ihn verantwortlich macht. Die Stimmen verfolgen den Patienten ständig und überallhin, beschränken sich zuweilen auch darauf, seine Handlungen oder seine Vorhaben zu kommentieren. Weiter hört der Halluzinant, wie er gefangen und bestraft, wie er oder seine Angehörigen gequält werden sollen; dabei sind die angekündigten Folterungen von grotesker Grausamkeit und lassen Rückschlüsse auf die Phantasie und den Einfallsreichtum des Patienten zu. Auch läßt sich eine Korrelation zwischen Intelligenz, Bildung und Gestaltung der Psychose feststellen, siehe das "Hintertreppenniveau der Halluzinose" des Trinkers Bertram (BILZ 9), dessen Lektüre sich vorwiegend aus amerikanischen Magazinen zusammensetzt, gegenüber der eher "vornehmen" Psychose des Trinkers Adam; oder die unflätige Sprache der Stimmen von WERNICKEs Halluzinanten (zit. in 9) sowie die stilistischen und grammatikalischen Fehler in den halluzinierten

Reden des Hilfsarbeiters W.W. bei BONHOEFFER (15).
Unter den angedrohten Folterstrafen findet sich immer wieder das Verstümmelungs- oder Zerstückelungsmotiv (SCHILDER 73, BONHOEFFER zit. in 9, Meggendorfer zit. in 16) und besonders die Kastrationsstrafe (BILZ' Bertram in 9 und BONHOEFFER's Gastwirt H. in 15).
Interessant ist auch die Beobachtung verschiedener Autoren (BONHOEFFER, BILZ, WERNICKE, BLEULER), daß die Anschuldigungen bzw. Beschimpfungen in einem bestimmten Rhythmus, in Reimen oder auch Liedern vorgebracht werden, oft synchron mit Puls oder Uhr.
BILZ nennt das Phänomen, daß immer wieder ein "Männerbund" als Organ der Belagerung und Verfolgung in Erscheinung tritt, "Haberer-Schablone" in Erinnerung an die Geheimbünde unter anderem in Oberbayern ("Haberfeldtreiben") und Frankreich ("Charivari"), die früher Volksjustiz betrieben, indem sie nachts das Haus des Schuldigen belagerten und ein Sprecher die Verstöße des "Opfers" in Knüttelversen vortrug. Nach BILZ handelt es sich hier, wie auch beim Zerstückelungsmotiv, um feststehende Schablonen, die in unserem Erleben zum Ausdruck kommen können, ohne daß wir je etwas von diesbezüglichen Bräuchen oder Riten (wie die Zerstückelung bei den sibirischen Schamanen) gehört haben. SCHILDER (73) hingegen führt diese Erscheinung auf Störungen im Körperschema zurück. Eine weitere Schablone sei die "Erneuerung = Stirb-und-Werde", die in den Androhungen der Todesarten wie Ertränkt-, Gebacken- oder Geschlachtetwerden (10) (6) enthalten sei. BILZ (10) spricht in diesem Zusammenhang vom "Mosaik der Zuordnungen", das er im Verlauf der von ihm geschilderten Halluzinosen findet und durch Nachforschungen in der älteren und neueren Literatur (BONHOEFFER, WERNICKE, POHLISCH, AUERSPERG und SOLARI) über Alkoholhalluzinosen ergänzt. Er betont jedoch, was wir bei unseren Untersuchungen ebenfalls feststellten, daß diese "Zuordnungen" dem zeitlichen und politischen Wandel unterworfen sind. Die oberste Instanz einer hierarchisch strukturierten Gerichtsordnung kann in der Halluzinose auch als Gott, Teufel, Kaiser, Polizeipräsident usw. imponieren.

Ein Auftreten imperativer Phoneme ist für die klassische Form der Alkoholhalluzinose atypisch.

Die W a h n i d e e n , die vom Alkoholhalluzinanten produziert werden, sind einfühlbar, da sie dem Inhalt der Stimmen entsprechen. Während der Delirante die Sinnestäuschungen infolge seiner Bewußtseinstrübung hinnimmt und leicht von ihnen abgelenkt werden kann, verarbeitet der Alkoholhalluzinant sie zum Wahn, was einleuchtet.

Außer den Belagerungs-, Bedrohungs- und Verfolgungsideen finden wir gelegentlich auch Beziehungsideen als Folge des "Subjektzentrismus" (BILZ 10); ähnlich wie im Traum, wo neutrale Geräusche aus der Umgebung "subjektzentrisch" verarbeitet werden, können in der Alkoholhalluzinose echte sensorische Wahrnehmungen in der Verbindung mit Sinnestäuschungen zu einem Erlebnis zusammenfließen. Verarmungsideen können auch noch begreiflicherweise aus dem halluzinierten Vorgang resultieren; in den Größenideen dagegen, wie sie nach BLEULER (11) sehr selten vorkommen, sehen wir ein Symptom, das nicht mehr in den Rahmen der typischen Alkoholhalluzinose hineinpaßt (vgl. Beispiele im Beitrag über atypische Alkoholhalluzinosen in vorliegender Arbeit).

Das ganze Bild wird beherrscht von einem A n g s t z u s t a n d , der fast nie fehlt; dabei kommt es nicht selten zum Suicid (11). Hier ist die Frage, ob die Angst "primär" im Sinne BONHOEFFER's (zit. in 9), also eine gegenstandslose, Katastrophen-Angst ist oder sekundär, das heißt durch die Stimmen bedingt ist (WERNICKE zit. in 10). Für eine primäre Entstehung spricht nach unserer Meinung, daß in vielen Fällen v o r Ausbruch der Psychose mit Stimmenhören Prodromalstadien dieser Angst in Form von "hypnagogen Angststößen" (BILZ) = angstvolles Aufschrecken aus dem Halbschlaf (= "Sobresaltos" bei AUERPERG/SOLARI) vorkommen, ohne daß die Alkoholkranken einen Grund dafür angeben können. Nach BENEDETTI (6) scheint diese Angst hervorgerufen zu sein durch den Verlust mitmenschlicher Kommunikationsmöglichkeiten und durch Stauung aggressiver Triebregungen. Als Vorboten der Alkoholhalluzinose kann auch das hypnagoge Zwangsdenken mit der Unfähigkeit, abzuschalten (nach BILZ "thematische Faszination") angesehen werden, dem der Patient unterworfen ist, sowie ein krankhaftes Mißtrauen gegenüber der Umgebung (6). Auch Alpträume und Ohrgeräusche treten in der Zeit vor Ausbruch der Psychose gehäuft auf (30 und 31).

Kranke unserer Beobachtung gaben häufig an, sie hätten Träume und Wirklichkeit in den letzten Nächten nicht mehr unterscheiden können, auch deckten sich nicht selten die Trauminhalte mit den darauffolgenden Halluzinationen.

Die akute Alkoholhalluzinose bricht meist plötzlich aus, dauert einige Tage bis Wochen, in deren Verlauf sich noch ein Residualwahn halten kann; sie endet dann mit vollständiger Heilung, geht aber gelegentlich auch in ein leichtes chronisches amnestisches Psychosyndrom (etwa in 50 % der akuten Alkoholhalluzinosen BENEDETTI's) oder in eine chronische Form über. "Die residualen Wahnideen machen keine Psychose aus, sondern geben nur die dynamischen Aspekte eines allmählichen Restitutionsvorganges wieder" (BENEDETTI).

Die chronische Alkoholhalluzinose

Als zeitliche Grenze zwischen akuten und chronischen Prozessen hat BENEDETTI (6) rein empirisch sechs Monate festgesetzt. BLEULER (11) unterscheidet noch eine subakute Form, die wenige Wochen bis sechs Monate dauert. Die Sechsmonatsgrenze ist prognostisch wichtig, da in der Literatur übereinstimmend erklärt wird, daß Halluzinosen, die darüber hinaus dauern, nicht mehr heilbar sind. BENEDETTI, dem wir die bisher umfangreichste Schilderung der Alkoholhalluzinosen verdanken, hat die Endzustände eingeteilt in chronische Alkoholhalluzinosen organischer und schizophrener Natur.
Die erste Form geht mit einer Persönlichkeitsveränderung im Sinne eines amnestischen Psychosyndroms einher mit Residualwahn, affektiver Abstumpfung, Gemütsverrohung und "wurstiger" Gleichgültigkeit. In den chronischen Alkoholhalluzinosen schizophrener Natur finden wir groteske Wahnideen, Denkzerfahrenheit sowie typische schizophrene Affektstörungen. Es ist BENEDETTI's Verdienst, die ersten rein organischen chronischen Alkoholhalluzinosen beschrieben zu haben. Manfred BLEULER beschränkte die Theorie seines Vaters, die Alkoholhalluzinose sei eine vom Alkohol induzierte Form der Schizophrenie, jetzt auf den Teil der chronischen Alkoholhalluzinose, die in eine "paranoide Verblödung" ausläuft.

Die Pathogenese der Alkoholhalluzinose ist noch weitgehend ungeklärt. Stoffwechseluntersuchungen ergaben ebenso wenig Anhaltspunkte wie die pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Immerhin wird die Alkoholpsychose jetzt als eigenständige Krankheit aufgefaßt und nicht mehr als paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie, seit etliche Autoren Unterschiede zwischen beiden Psychosen deutlich gemacht und bewiesen haben, daß die beiden Psychosen nosologisch verschiedenen Gruppen angehören (BENEDETTI 6, VICTOR/HOPE zit. in 85, AUERSPERG/CID-ARANEDA 3, VORONTSOVA 81 und viele andere).

Einen besonderen Zusammenhang zwischen Konstitution (im Sinne KRETSCHMERs) und Alkoholhalluzinose konnte BENEDETTI (6) nicht finden, er hat bei seinen Probanden allerdings eine größere Affinität zum pyknischen Habitus festgestellt als bei den Schizophrenen. Es fand sich eine stärkere familiäre Belastung mit Schizophrenien als bei den Deliranten, jedoch kein Überwiegen ausgesprochen schizophrener Wesenszüge; 2/3 der Alkoholhalluzinanten waren synton, affektiv ansprechbar und rapportfähig.
BONHOEFFER äußerte die Vermutung, daß der Alkoholhalluzinose eine konstitutionell bedingte zentrale Übererregbarkeit in der Klang- und Wortklangsphäre zugrunde liege, sowie eine besondere Leichtigkeit und Gewandtheit des sprachlichen Ausdrucks (zit. in 59).
Vor einiger Zeit hat THOMPSON (zit. in 27) eine neue Theorie bezüglich der Halluzinose-Ätiologie aufgestellt mit folgenden Punkten: Zirkulationsstörung des Temporallappens, Funktionsstörung des Corpus amygdaloideum, Manifestwerden einer basalen paranoiden Persönlichkeit durch den toxischen Effekt des Alkohols auf die cerebralen Neuronen.
Auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen Alkoholabusus und halluzinatorischen Episoden haben schon HARDER (35) und BENEDETTI (6) aufmerksam gemacht; auch wir haben Alkoholhalluzinosen überwiegend nach Alkoholexzessen beobachtet. Wir können die Alkoholhalluzinose somit als eine somatogene Psychose ansehen, an deren Zustandekommen neben exogenen mehr als bei dem Delirium tremens auch endogene Momente beteiligt sind.

1.5. 5 Die Alkoholparanoia

Sie wird nicht mehr zu den akuten Alkoholpsychosen gerechnet, da sie genau wie die KORSAKOW'sche Psychose zu einem allmählichen Abbau der Persönlichkeit des Kranken führt. Die Diagnose "Alkoholparanoia" wird selten gestellt; nach FODSTAD (27) wurde sie in den letzten 30 Jahren im Berner Land nur z w e i m a l diagnostiziert, BENEDETTI fand unter seinen 113 Alkoholhalluzinosen keine einzige. FODSTAD erklärt diese Tatsache damit, daß unter den Begriffen der Alkoholhalluzinose und Alkoholparanoia "eine wahre Konfusion" herrscht, und hat am Beispiel von vier Patienten versucht, das Bild der Alkoholparanoia zu analysieren. Er hat festgestellt, daß

1) ihre Zuordnung zur Schizophrenie nicht mehr haltbar ist,
2) daß sie ihrem Wesen nach als somatogene Psychose aufzufassen ist und
3) daß sie sich gegenüber der chronischen Alkoholhalluzinose nicht immer scharf abgrenzen läßt, ähnlich wie dies der Fall ist bei dem Delirium tremens gegenüber der KORSAKOW-Psychose.

Als die häufigste Form ist der E i f e r s u c h t s w a h n bekannt; vielfach wird in der Literatur überhaupt nur von Eifersuchtswahn und nicht von der Alkoholparanoia gesprochen (unter anderem in 48 und 59).

FODSTAD unterscheidet nach KOLLE hierbei drei Typen: T y p I ist der eifersüchtige Trinker. Es ist eine Tatsache, daß Alkoholiker zur grundlosen Eifersucht neigen. Daran sind alkoholbedingte Persönlichkeitsveränderungen schuld, die wir bereits oben erwähnt haben. Das aggressive, sogar brutale Verhalten des Trinkers, sein moralisches, berufliches Versagen bis zum sozialen Abgleiten führt zu einem Entfremden zwischen den Partnern;hinzu kommt ein Mißverhältnis zwischen "geschlechtlichem Wollen und Können" (KRAFFT-EBING). Diese Eifersuchtsideen bleiben jedoch oberflächlich, sind einfühlbar und reversibel im Gegensatz zu dem T y p II , wo - oft im Vorstadium eines Delirs - absurde Wahnideen auftreten, an denen sicher auch Sinnestäuschungen schuld sind, die aber in der Abstinenz ausheilen.

Der "wahnkranke Trinker" wird hingegen als T y p III bezeichnet. Der Kranke sieht in vorübergehenden delirösen und traumhaften Erlebnissen, die er mißdeutet, regelrechte Beweise für die Untreue der Frau und baut daraus ein festes, unkorrigierbares Wahnsystem auf, das auch unter Abstinenz bestehen bleibt.

Seltener als die Eifersucht bilden andere Komplexe den Anlaß zur Wahnbildung. So kommen systematisierte Beeinträchtigungsideen gegenüber Behörden, aber auch gegenüber Nachbarn vor, von denen sich die Kranken verfolgt sehen. So wird systematisch ein Verfolgungs- oder Verarmungswahn ausgebaut. Finden sich jedoch zusätzlich ganz phantastische Wahnideen und akustische Halluzinationen, so besteht der Verdacht auf eine Schizophrenie bei gleichzeitigem Alkoholismus.

Für die Genese der Alkoholparanoia ist ebenfalls eine charakteristische psychopathische Ausgangspersönlichkeit von Bedeutung mit "hysterischen Zügen, infantiler Unreife, narzißtischer Kränkungsbereitschaft, erhöhter Angst- und Aggressionsbereitschaft und erhöhtem Ästimationsbedürfnis" (FODSTAD).

Spezifische Hirnveränderungen fand FODSTAD bei keinem der beschriebenen Kranken. Er weist auf die Möglichkeit hin, daß gewisse Funktionsstörungen, etwa Ausfall der cortico-reticulären Hemmungen oder Herabsetzung der Reizschwelle der reticulären Erregung, für die erhöhte Erregbarkeit und Neigung zu starkem Affektdenken des Kranken verantwortlich sind.

1.5. 6 Die Alkoholepilepsie

Bei chronischem Alkoholismus treten relativ häufig typische cerebrale Krampfanfälle auf, besonders, wenn eine akzessorische Hirnstörung, ein Delirium tremens oder eine KORSAKOW-Psychose hinzukommen. Für viele Kranke muß eine Disposition zur Epilepsie angenommen werden. Der Alkoholismus kann die Folge einer latenten epileptischen Wesensveränderung sein, oder aber es kommt im Verlauf der chronischen, durch Trinkexzesse labilisierten Alkoholintoxikation und bei plötz-

lichem Entzug zur Intensivierung vorher bestehender, bereits vermehrter Krampfbereitschaft, die unter normalen Umständen vielleicht nicht ausgereicht hätte, solche Anfälle auszulösen (SCHRAPPE (74). Sicher treten epileptische Anfälle aber auch als alleinige Folge morphologisch faßbarer, alkoholtoxischer cerebraler Schäden auf. In allen diesen Fällen ist der Alkohol das eigentliche causale Moment, so daß wir wohl mit Berechtigung (trotz einiger Einwände in der Literatur) von einer Alkoholepilepsie sprechen dürfen.

Im Gegensatz zu anderen Autoren unterscheidet BLEULER auch in der Auflage seines Lehrbuches 1965 noch zwei weitere Formen der Alkoholpsychose: Die alkoholische Pseudoparalyse und die Alkoholmelancholie. Uns erscheint im ersten Fall eine Abgrenzung gegenüber der echten Paralyse im zweiten Fall gegenüber der endogenen Depression oder depressiven Verstimmungen im Rahmen des cyclophrenen Formenkreises nicht möglich. Wir werden sie deshalb bei der Einteilung unseres Krankengutes nicht berücksichtigen.

2. Eigene Untersuchungen

2. 1 Übersicht über das Krankengut

In der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin wurden während der Jahre 1967 und 1968 insgesamt 2.179 männliche Patienten auf den psychiatrischen Abteilungen aufgenommen. Das Einzugsgebiet der Klinik umfaßte zu dieser Zeit folgende Bezirke Westberlins: Reinickendorf, Tiergarten, Steglitz, Schöneberg, Tempelhof, Kreuzberg, Neukölln und Wedding. Damit ist ein sozial weitgehend gleichmäßiger Bevölkerungsquerschnitt gewährleistet, das heißt das Überwiegen irgendeiner sozialen Schicht muß nicht berücksichtigt werden.
Bei 665 dieser Patienten lautete die Diagnose "chronischer Alkoholismus", das sind 30,5 %; dieser Wert entspricht auch den Angaben in der Literatur (57 und 5).
Unter den Berufen sind Arbeiter (gelernte und ungelernte) sowie Handwerker am meisten vertreten. Bei dem überwiegenden Teil der Patienten war ein chronischer Alkoholabusus von über fünf Jahren bekannt. In der Regel wurden Bier und Schnäpse getrunken, oft in kombinierter Form; selten wurde eines der beiden Getränke oder Wein allein genossen.
Gründe für die Einweisung waren Selbstgefährdung, besonders häufig Depressionen und Suicidversuche, oder Gefährdung der Umwelt, z. B. in den akuten Alkoholpsychosen; im Folgenden soll noch näher auf die einzelnen Punkte eingegangen werden.

2.1. 1 Der Altersaufbau der Kranken.

Wir sehen an Tabelle 1 (Seite 28), wie sich das durchschnittliche Alter der Patienten bei ihrer Aufnahme verteilt. Zahlenmäßig sind die Altersgruppen von 31 bis 40 und von 51 bis 60 am größten, die in Bild 1 als Höhepunkte imponieren. Die Altersverteilung unserer Alkoholiker entspricht genau dem Altersaufbau der männlichen Bevölkerung Westberlins, wie Tabelle 2 aufweist. Die Tatsache, daß die

Gruppe von 41 bis 50 Jahren relativ gering vertreten ist, (veranschaulicht an dem Einschnitt in Bild 1, wo sich bei einer normalen Bevölkerungsstruktur ein Gipfel findet) läßt sich damit erklären, daß die Jahrgänge aus diesem Bereich am meisten vom 2. Weltkrieg betroffen sind.

Alter	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
Anzahl	5	101	192	123	151	77	15	1
Prozent-satz	1%	15%	29%	19%	23%	10%	2%	1%

Tab. 1 : Altersverteilung der 665 Probanden bei Aufnahme in die Klinik

Alter	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
Anzahl 1967	99378	175492	117060	82597	124045	128042	60117	16234
1968	98623	170992	122628	86432	111781	127901	59220	16102
Prozent-satz	12%	22%	15%	10,5%	15%	16%	7,5%	2%

Tab. 2 : Altersaufbau der männlichen Bevölkerung West-Berlins in den Jahren 1967 und 1968 (nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden, nachzulesen im "Statistischen Jahrbuch für die BRD").

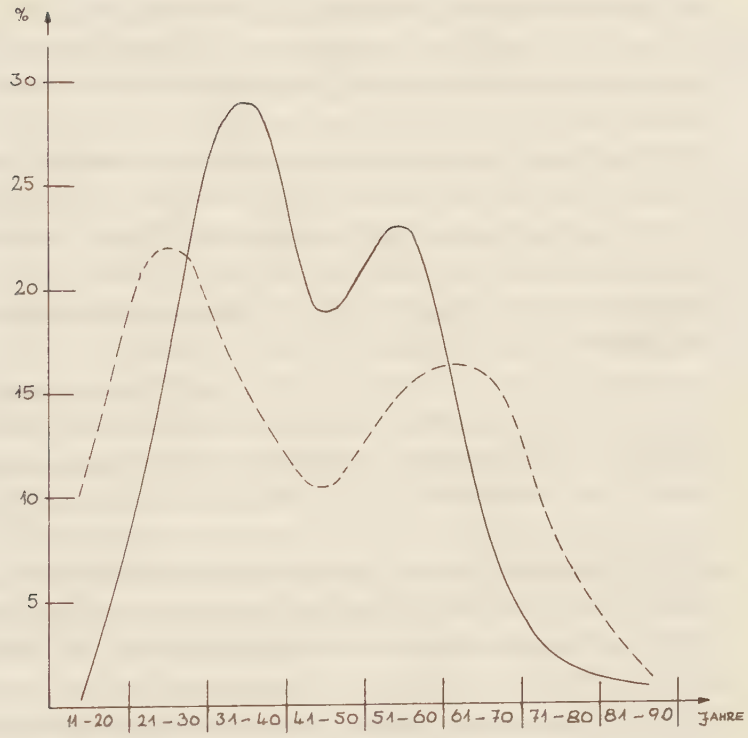

Bild 1: Prozentuale Altersverteilung der aufgenommenen Alkoholiker (____) im Vergleich zur gesamten männlichen Bevölkerung West-Berlins (----).

2.1. 2 Nebenbefunde

Bei unseren Patienten haben wir außer den typischen und atypischen Alkoholpsychosen auch die häufigsten Nebenbefunde wie Depressionszustände, Suicidversuche, psychopathische Wesenszüge, Tablettenabusus sowie organische Befunde (z. B. Magenresektionen) zahlenmäßig erfaßt.
Wir diagnostizierten insgesamt 311 der oben genannten Nebenbefunde bei 235 unserer 665 Patienten. Den Hauptanteil bildeten die depressiven Verstimmungen: 108, das sind 16% der gesamten Alkoholiker. FOX (29) hat 73 Alkoholiker einem Test (ZUNG-Skala) unterzogen, der bei 70 % der Patienten deutliche depressive Züge aufdeckte, die sich nach spätestens drei Wochen zurückbildeten.
Von unseren 108 Patienten hatten 36, das sind genau 1/3, einen oder schon mehrere Suicid-Versuche unternommen. Es ist bekannt, daß die Suicidgefährdung der Alkoholiker erheblich größer ist als die der normalen Bevölkerung, Untersuchungen von englischen Autoren in Groß-London zufolge sogar 70 bis 80 mal größer (41)! In der Literatur wird die Selbstmordrate der Alkoholiker mit 6,5 - 8 % angegeben (zit. in 41). Neben gesteigerter Erregbarkeit und depressiv-dysphorischen Verstimmungen infolge der Trunksucht selbst oder der dadurch bedingten familiären und wirtschaftlichen Schwierigkeiten können auch Trugwahrnehmungen die auslösende Ursache sein, insbesondere in der Alkoholhalluzinose. Einige Autoren sind sogar der Meinung, daß Alkoholismus gleichsam ein "chronischer Suicid" sei (78). AUERSPERG und SOLARI (4) wiesen auf die Verwandtschaft zwischen Selbstmord und exzessivem Trinken hin und bezeichnen die "trunkfälligen Perioden" ihrer Alkoholiker in Chile an Fest- und Zahltagen als "larvierten Selbstmord".

Epileptiforme - Anfälle traten bei 39 unserer Patienten zu Beginn oder während der stationären Behandlung auf; zwei davon konnten eindeutig als genuine Epilepsien abgeklärt werden, die restlichen 37 - 5,5 % der Gesamtzahl der Alkoholiker - waren symptomatische Anfälle, für die außer dem Alkohol kein begünstigender Faktor in Frage kam, wo also der Terminus "Alkoholepilepsie" durchaus

gerechtfertigt ist. Sieben der Patienten hatten ihren ersten Anfall zwischen dem 20. und 30., 30 Patienten zwischen dem 31. und 60. Lebensjahr. Im EEG zeigten sich teils keine Veränderungen, teils diffuse und seltener herdförmige. Ein Hydrocephalus internus und externus stellte sich bei einem großen Teil der älteren Patienten dar. Eine relative Häufigkeit der Spätepilepsien bei chronischem Alkoholismus fanden auch LAFON und andere, nämlich 6,6 % (45); bei anderen Veröffentlichungen schwankt der Prozentsatz zwischen 3 und 11 (4).
46 unserer Patienten waren ausgesprochen psychopathische Persönlichkeiten. Dies (6,9 % der gesamten Alkoholiker) erscheint sehr wenig im Vergleich mit anderen Quellen (siehe auch Seite 10). Wir haben an anderer Stelle bereits darauf hingewiesen, wie diese Schwankungen zu erklären sind. Daß der Prozentsatz bei unserem Krankengut so niedrig ausfällt, mag vielleicht auch daran liegen, daß mit der Diagnose "Psychopathie" nur wirklich abnorme Persönlichkeiten, auffallende Sonderlinge erfaßt wurden, während leichtere psychopathische Wesenszüge unberücksichtigt blieben.

Auffallend häufig sind auch Magenresektionen bei Alkoholikern. Bei 55 unserer Patienten war eine BILLROTH-II-Operation vorgenommen worden, das sind 8,2 %, ein Wert, der mit den Angaben anderer Autoren zu vergleichen ist: 5,4 % (DICK zit. in 47), 13 % (SOEDER zit in 47), BONFIGLIO 10 % (14), während unter der Gesamtbevölkerung nur 1 - 2 % magenreseziert sind (14).
Hier wird wieder die enge Verflechtung zwischen endogenen und exogenen Faktoren deutlich: Einerseits bestehen zwischen den psychosomatischen Voraussetzungen der sogenannten Ulcuspersönlichkeit und bestimmten Typen von Alkoholikern sehr enge Beziehungen, andererseits führt erst der chronische Alkoholabusus zum Ulcus ventriculi. Wichtig ist dabei, daß die Alkoholaufnahme und ihre Wirkungen bei Magenoperierten noch mehr körperliche und geistige Schäden anrichten als bei einem Gesunden.
Weitere 18 Patienten litten an Störungen des höheren Lebensalters wie Cerebralsklerose, seniler und in drei Fällen auch präseniler Demenz. Angeborene oder nach früherworbenen Gehirnschädigungen aufgetretene Schwachsinnszustände kombinier-

ten sich in 15 Fällen mit einem Alkoholismus; posttraumatische Wesensveränderungen fanden wir bei vier Kranken. Dreimal wurde ein Diabetes mellitus und siebenmal eine Lungentuberkulose diagnostiziert. Bei 16 der Patienten bestand neben dem Alkoholismus ein chronischer Schlafmittelabusus.

Von 665 Patienten verstarben während des Klinikaufenthaltes 16; davon zehn während eines oder unmittelbar nach einem Delirium tremens, drei weitere vier bis acht Wochen nach abgeklungenem Delir, ein Patient an einem Malignom und zwei während einer atypischen Alkoholpsychose.

2.2 Die Alkoholpsychosen

254 der 665 Alkoholiker, also insgesamt 38,2 %, wurden wegen einer Alkoholpsychose eingewiesen. SCHEID und HUHN (71) hatten in den Jahren 1952 bis 1965 unter 1483 Alkoholikern 492 Alkoholpsychosen diagnostiziert, also einen fast gleich großen Anteil wie wir.

Bei 130 unserer Patienten lautete die Diagnose "Delirium tremens", das in zwei Fällen mit einem Eifersuchtswahn und in elf Fällen mit einer KORSAKOW-Psychose kombiniert war. Neunmal wurde eine Alkoholhalluzinose diagnostiziert, 38 mal eine KORSAKOW-Psychose und zweimal ein Eifersuchtswahn.

Die restlichen Alkoholpsychosen bzw. die während eines chronischen Alkoholismus entstandenen Psychosen zeigten die verschiedensten Bilder, die nicht unter die klassischen Psychosen eingereiht werden konnten. Hier wurde die Diagnose subjektiv beeinflußt; man entschied sich je nach dem Überwiegen einzelner Symptome für eine bestimmte Alkoholpsychose, faßte eventuell alles Atypische in der Differentialdiagnose zusammen oder begnügte sich mit Diagnosen wie z. B. "paranoidhalluzinatorisches Syndrom bei chronischem Alkoholismus" oder "atypische Alkoholpsychose".

In einigen Fällen klärte sich auch ein anfangs atypisches Bild im weiteren Verlauf der stationären Behandlung auf; dafür zwei Beispiele: Ein Kranker, der wegen eines Delirs aufgenommen worden war und zusätzlich Eifersuchtsideen produzierte, hielt

auch nach Abklingen der akuten Psychose an diesen wahnhaften Gedanken fest, die er - nach Aussage der Ehefrau - schon seit längerem zu Hause ebenfalls geäußert hatte; er gab auch verschiedene Beweise für die Untreue seiner Ehefrau an, die wir seinen Sinnestäuschungen zuschrieben. Bei einem späteren Besuch in der Klinik gab die Ehefrau dann dem behandelnden Arzt gegenüber zu, sie habe ihren Mann tatsächlich des öfteren betrogen! Somit konnte die Diagnose "alkoholischer Eifersuchtswahn" bzw. "paranoid-halluzinatorische Alkoholpsychose" natürlich nicht weiter aufrecht erhalten werden.
Ein anderer Kranker, der bereits mehrere Male freiwillig zur Entziehungskur zu uns gekommen oder wegen eines Delirium tremens bei uns behandelt worden war, bot bei der letzten Aufnahme neben einer leichten vegetativen Symptomatik eine Fülle von optischen und akustischen Halluzinationen sowie einige Wahnideen, also ein ausgesprochen atypisches Bild. Bereits am zweiten Tag gab er dann zu, die angegebenen Sinnestäuschungen und geäußerten Wahninhalte habe er nur erfunden, um wieder in die Klinik aufgenommen zu werden. Vor Fehldiagnosen in derartigen Fällen ist man natürlich nicht immer sicher.

Wie wir bereits in der Einleitung erwähnten, haben wir bei weitem nicht alle Kranken gesehen, konnten also den Verlauf vieler Psychosen selbst nicht verfolgen, sondern mußten uns auf die Angaben der behandelnden Ärzte verlassen. Nicht aus Mißtrauen den mit Abstand erfahreneren Kollegen gegenüber haben wir alle Krankheitsgeschichten noch einmal studiert, sondern, um dem Thema der Dissertation gerecht zu werden und alles das, was an den einzelnen metalkoholischen Psychosen nicht in den Rahmen der gegebenen Definitionen paßte, herauszufinden.
Dabei ergab sich folgende, von der vorhergehenden etwas abweichende Konstellation:
254 Psychosen bei chronischem Alkoholismus, davon 120 Delirien = 47,2 %, 14 Alkoholhalluzinosen = 5,7 %, 38 KORSAKOW-Psychosen = 14,5 %, 5 Alkoholparanoien = 2 % davon zwei, die mit einem Delirium tremens begonnen hatten und bereits unter den Delirien zahlenmäßig aufgeführt sind und 79 atypische Psychosen bei chronischem Alkoholismus = 31 %.
Vergleichen wir unser Ergebnis mit Angaben in der Literatur, so fällt eine große Streuung auf, besonders bezüglich des Delirs, dessen prozentualer Anteil in den

verschiedenen psychiatrischen Kliniken zwischen 4,6 % und 91 % schwankt (nach AHLFORS 1).

AUERSPERG und SOLARI (4) fanden unter dem Krankengut ihrer Klinik in Concepción, das auch in anderer Hinsicht eine Sonderstellung einnimmt (wir kommen später darauf zurück) weniger als 5 % Delirante, SCHEID und HUHN (72) hingegen mehr als 80 %! AHLFORS (1) gibt den Anteil der Delirien unter den akuten Alkoholpsychosen in Finnland mit 36 %, LÓPEZ-ZANÓN (52) in Madrid mit 45 % an.

Auch hinsichtlich der Alkoholhalluzinosen weichen die Angaben ziemlich voneinander ab: Unserem Ergebnis (5,6 %) stehen Werte von 3,8 % (71), 4,6 % (4), 10 % (52) und 60,9 % (1) gegenüber.

Die unterschiedliche Systematik und Statistik über Alkoholpsychosen ist einmal durch Besonderheiten der einzelnen Länder und Kulturen bedingt (siehe auch 4 und 1), zum anderen fassen zahlreiche internationale Arbeitsgruppen selbst die klassischen Krankheitsformen verschieden weit.

2.2. 1 Das Delirium tremens

105 unserer Kranken zeigten das Bild eines voll ausgebildeten Delirium tremens, 15 weitere wurden mit den Zeichen eines sogenannten Prä- oder Subdelirs aufgenommen, das sich infolge der sofort und intensiv eingeleiteten Therapie nicht weiter entfaltete.

Unter den optischen Halluzinationen unserer Deliranten imponierten neben kleinen und großen Tieren sowie Personen (unter anderem auch Leichen mit abgeschnittenen Köpfen oder Gliedmaßen) in einigen Fällen farbige Bilder und abstrakte Formen.

Akustische Begleiterscheinungen fanden sich des öfteren in Form von verschiedenen Geräuschen, aber auch als Glockenläuten, (Kirchen-)Musik, Rauschen des Meeres, Vogelstimmen usw.

Das Zustandekommen solcher "Elementarhalluzinationen", wie wir sie auch vor Ausbruch der akuten Alkoholhalluzinose beobachten, werden von SARAVAY und

PARDES mit pathologischen Kontrakturen der Mittelohrmuskulatur erklärt (69). Die Verfasser berufen sich auf andere Autoren, die mikroskopische Veränderungen der Mittelohrmuskeln bei chronischen Alkoholikern haben feststellen können, und sehen in den voll ausgebildeten akustischen (geformten) Halluzinationen möglicherweise eine illusionäre Weiterverarbeitung solcher peripheren Hörstörungen.

Bei 9 der 120 Deliranten war ein amnestisches Psychosyndrom bereits vorher bekannt (7) oder trat erstmals im Anschluß an das Delir in Erscheinung (2).
In 2 (Prädelir-) Fällen bestand ein Eifersuchtswahn, der über das Maß der Eifersuchtsideen, wie sie in der Zeit vor Ausbruch eines Delirs vorkommen können, hinausging und noch Wochen später nachweisbar war.
Von den insgesamt 120 deliranten Bildern verliefen 10 Fälle tödlich; die Todesursachen waren akutes Herz-Kreislaufversagen (einmal Herzinfarkt), Hirnödem oder Pneumonie. Unter Berücksichtigung von 3 weiteren Kranken, die 4 bis 8 Wochen nach abgeklungenem Delir verstarben, erhöht sich die Letalität von 8,3 % auf 10,8 %. Das bedeutet einen starken Abfall gegenüber den Angaben aus früheren Jahren: 1962 fand HELBIG (36) bei 244 Deliranten der gleichen Klinik 54 Exitus letales (= 20%); 1965 gab WIESER sogar eine durchschnittliche Letalität von 15 bis 30 % an (85), und in einer Veröffentlichung FEUERLEINS von 1967 (25) beträgt der Prozentsatz der tödlich verlaufenen Delirien noch 16 %.
Das Absinken der Letalität in unserer Klinik haben wir wohl hauptsächlich der Einführung des Chlormethiazols (Distraneurin®) in die Delir-Therapie zu verdanken.
Die Altersverteilung unserer Deliranten zeigt Tabelle 3 Seite 42 .
Die meisten der an einem Alkoholdelir Erkrankten waren zwischen 31 und 40 Jahre alt. Das scheint sehr von dem Ergebnis FEUERLEINs (25 und 26) abzuweichen, der ein Häufigkeitsmaximum bei den 40 bis 50jährigen fand. Setzen wir unsere Werte jedoch in Relation zu den Alkoholikern der gleichen Altersklasse, so verschiebt sich das Resultat zugunsten der nächsten Gruppe, nämlich der 40 bis 50 Jährigen. Das durchschnittliche Lebensalter der Patienten bei Ausbruch des Delirium tremens liegt nämlich bei 46 Jahren (siehe Tabelle 3 Seite 42).

2.2. 2 Die typischen Alkoholhalluzinosen

Von den 254 Patienten, die mit einer metalkoholischen Psychose aufgenommen worden waren, boten nur 14 das Bild einer klassischen Alkoholhalluzinose, das macht 5,6 % bzw. 2,1 % aller aufgenommenen Alkoholiker und 0,64 % der Gesamtaufnahmen aus. Auf unterschiedliche Angaben anderer Autoren haben wir bereits unter 2.2 aufmerksam gemacht. Australische Psychiater (20a) diagnostizierten in 4 Jahren unter den 834 Gesamtaufnahmen ihrer Klinik nur viermal eine Alkoholhalluzinose, ein Verhältnis, das sich mit unserem Ergebnis am ehesten vergleichen läßt.

Im Vordergrund der Psychose standen bei unseren Patienten Angst und akustische Halluzinationen, wie wir sie bereits unter 1.5.4 ausführlich beschrieben haben. Größtenteils waren es die Stimmen Unbekannter, in wenigen Fällen die der Ehefrauen oder Nachbarn, die den Patienten verfolgten und bedrohten. Ganz typisch und vertretend für die meisten unserer Alkoholhalluzinosen zeigt sich diese beim Kranken F.D.M., (30 Jahre), der sich den Racheplänen zweier Familien ausgesetzt fühlte, mit deren Kinder er angeblich Unzucht getrieben haben soll. In der Psychose wurde er von den beiden Parteien abwechselnd beschuldigt, "in die Enge getrieben", bis in die Klinik verfolgt, und bekam ausführlich zu hören, daß er verschleppt und bestraft werden solle, und wie "man es ihm am eigenen Leibe heimzahlen" würde.

Interessant ist, daß er 4 Jahre vor dieser Aufnahme wegen Unzucht vor Gericht angeklagt worden war. Der Kranke war insgesamt etwas retardiert, infantil und mutterfixiert — (der IQ lag an der unteren Grenze der Norm), er hörte während der Psychose einige Male auch die Stimme seiner verstorbenen Mutter.

3 Patienten vernahmen in der Halluzinose, daß die Ehefrau oder andere Familienangehörige umgekommen seien, daß man sie gequält oder ermordet habe und daß der Patient schuld am Tod der anderen sei. Diese 3 Patienten hatten in ihrem Beruf versagt, häufig die Stelle gewechselt oder zeitweise gar nicht gearbeitet; die Familie der Betreffenden war in finanziellen Schwierigkeiten, hatte oft unter

dem aggressiven und teils auch brutalen Verhalten des Kranken zu leiden. Hier nahmen die eigenen Insuffizienz- und Schuldgefühle in den Stimmen Gestalt an, das Unterbewußte machte sich selbständig und hielt dem Kranken sozusagen einen Spiegel vor, der seine negativen Seiten stark akzentuierte und sein wirkliches Verschulden im Geschehen der Psychose übertrieb.

Falls die Patienten, aufgeschreckt durch dieses schreckliche Erlebnis, sich nach Abklingen der Psychose bessern und von ihrer Trunksucht geheilt würden, wäre ein Erfolg im Sinne der "psychotherapeutischen Pointe der Alkoholhalluzinose" nach BILZ (10) tatsächlich zu verzeichnen.

In keiner der 14 Halluzinosen traten ausgesprochen imperative Phoneme auf.

Zwei der Patienten, die wegen eines Suicidversuches bzw. wegen geäußerter Suicidabsichten während der halluzinatorischen Episode eingewiesen worden waren, hatten zwar bei der Aufnahme angegeben, sie hätten sich auf Befehl der Stimmen hin das Leben nehmen wollen. Ein Kranker korrigierte sich später jedoch dahingehend, daß er aus A n g s t vor den Stimmen und der Verfolgung versucht habe, sich umzubringen; auch den anderen Kranken hatten die Stimmen, wie er am nächsten Tag zugab, nicht direkt zum Suicid aufgefordert, sondern hatten miteinander "beratschlagt", es wäre wohl besser, er bringe sich selbst um, um seine Schuld zu sühnen. Hier konnte nach Abklingen der akuten Psychose "ein Schuldkomplex " eruiert werden; der Kranke fühlte sich für das Elend seiner Familie verantwortlich (was hinsichtlich den Folgen seines Alkoholismus auch zutraf), denn er "müsse dafür büßen, daß er durch seine Geburt den Tod der Mutter und des Zwillingsbruders verschuldet habe"; dieser war operativ aus einer Querlage entfernt worden!

Auch an diesem Beispiel sehen wir wieder die pathoplastische Bedeutung der Persönlichkeit bzw. der Biographie für die Psychose. Wie bereits betont, sind auch hier die Minderbegabung und zusätzlich eine überwertige Idee für die thematisch einseitige Gestaltung der Halluzinose verantwortlich zu machen.

In einem anderen Fall traten in der Halluzinose Eifersuchtsideen hervor, die der Patient auch schon in den letzten Wochen vor seiner Aufnahme geäußert hatte. So bedienten sich die Stimmen dieses Themas, um den Patienten zu blamieren, ihn als betrogenen Ehemann bloßzustellen und zu beschimpfen. Statt der sonst üblichen

Androhung von körperlichen Strafen wurde der Kranke hier sozusagen geistig gefoltert.
Bei einem anderen Kranken bestand bereits vor der Aufnahme ein Korsakow-Syndrom. Dieser Befund läßt sich unter die Ergebnisse umfangreicher Untersuchungen von HARDER (35) und BENEDETTI (6) einordnen, die damit den Beweis für die "hirnorganische Natur der Alkoholhalluzinose" erbracht haben, nachdem E. BLEULER, POHLISCH u.a. (zit. in 6) viele Jahre hindurch ein Zusammentreffen von Alkoholhalluzinose und Korsakow'scher Psychose negiert hatten.

Bei 19 unserer Probanden war die Alkoholhalluzinose im Verlauf eines unveränderten Alkoholkonsums aufgetreten; bei den anderen fünf war dem Ausbruch der Psychose ein vermehrtes oder exzessives Trinken voraufgegangen. In der Art der Alkoholica zeigte sich keine Besonderheit. Die von uns beobachteten Alkoholhalluzinosen heilten ohne Ausnahme innerhalb weniger Tage bis maximal 3 Wochen aus, eine chronische Form kam nicht zur Ausbildung. Das mag vielleicht ein Zufall sein oder aber Folge der geringen Anzahl der untersuchten Fälle, die für eine statistische Aussage nicht ausreicht. Von BENEDETTIs 113 Alkoholhalluzinanten verliefen 23 chronisch.
Wir werden unter den paranoid-halluzinatorischen Formen unserer später zu besprechenden atypischen Psychosen einige finden, die in der Vorgeschichte mit akustischen Halluzinationen begonnen oder aber eine typische Alkoholhalluzinose aufzuweisen hatten.

Das durchschnittliche Erkrankungsalter unserer Probanden lag bei 43,6 Jahren gegenüber 42 Jahren in BENEDETTIs Untersuchungsreihe. Wir fanden einen relativ großen Anteil der 21 bis 30jährigen (siehe auch Seite 42).

2.2. 3 Die Korsakow-Psychosen

Eine ausgeprägte Korsakow-Psychose konnten wir bei 35 Kranken feststellen. Bei weiteren drei Patienten fand sich ein beginnendes amnestisches Psychosyndrom; zwei davon waren erst 42 bzw. 43 Jahre alt, die anderen Patienten waren über 50 und 60 Jahre alt (siehe Tabelle 3).

2.2.4 Die Alkoholparanoien

Eine ausgesprochene Alkoholparanoia diagnostizierten wir bei fünf Kranken. In der Literatur haben wir zu diesem Thema nur die beiden folgenden Beiträge gefunden:

FODSTAD (27) beschreibt vier Fälle von Alkoholparanoia gibt aber nicht an, aus wievielen Alkoholikern bzw. Alkoholpsychotikern er sie ausgewählt hat. Nur bei zwei von FODSTADs Kranken (Nr. 3 und Nr. 4) handelt es sich um einen reinen Eifersuchtswahn, die anderen Probanden produzierten neben den Eifersuchtsideen zusätzlich andere: Beziehungs-, Verfolgungs-, Vergiftungsideen, der Kranke Nr. 1 außerdem einen "latenten Allmachtswahn" u n d akustische Halluzinationen. Wir hätten nach unserer Definition diese Psychose (Nr. 1) nicht als typische Alkoholparanoia deklariert, sondern haben im Verlauf unserer Untersuchungen ähnliche Formen zu den atypischen Alkoholpsychosen mit paranoidhalluzinatorischem Syndrom gerechnet.

STENBÄCK und RIMON (79) haben aus 42 Patienten mit der ursprünglichen Diagnose einer Paranoia alcoholica 15 ausgesucht, bei denen nach eingehender Untersuchung andere Diagnosen (Alkoholhalluzinose, Delirium tremens, paranoide Schizophrenie und cerebralorganisch bedingte paranoide Psychosen) richtiger erschienen. Die restlichen Patienten boten das Bild einer "typischen" Alkoholparanoia, davon etwas mehr als die Hälfte einen reinen Eifersuchtswahn, die anderen verschiedene Wahninhalte.

Von unseren Paranoikern hatten vier ihre Eifersuchtsideen systematisch zu einem Wahn aufgebaut, der bereits seit Monaten, in einem Fall sogar seit über vier Jahren bestand und trotz Abstinenz während des Klinikaufenthaltes nicht korrigiert wurde. Zwei dieser Kranken, die mit den Zeichen eines Prädelirs aufgenommen wurden, haben wir bereits unter 2.2.1 erwähnt.

Der Kranke R. Sch., (53 Jahre), seit dem 32. Lebensjahr starker Trinker, der seit dem 39. Lebensjahr unter zunehmender Schwerhörigkeit infolge Otosklerose litt, war dem Gesundheitsamt wegen seines Alkoholismus und seiner krankhaften Eifersuchtsideen bereits seit Jahren bekannt und hatte sich deshalb schon einmal für zwei Jahre in unserer Behandlung befunden. Bei der jetzigen Aufnahme gab er unter

anderem an, er habe in seiner Wohnung 20 Männer gesehen, mit denen ihn die Ehefrau auf der Toilette betrogen habe. Die Männer hätten auch versucht, ihn zu erstechen. Der Patient, der schon immer sehr mißtrauisch und kontaktarm gewesen sein soll, was wohl hauptsächlich durch seine Schwerhörigkeit bedingt war, distanzierte sich auch während seines 6-monatigen Aufenthaltes in der Klinik kaum von seinen Eifersuchtsideen.
Der zweite Kranke, K.V., (58 Jahre), der mit den Zeichen eines Prädelirs eingewiesen wurde, war seit zwei Jahren impotent. Er hatte seit etwa einem Jahr vor der Aufnahme Eifersuchtsideen geäußert, die sich zunehmend systematisierten, so daß es bereits mehrmals zu Fehlhandlungen gekommen war.
Der dritte Kranke, W.J. (64 Jahre), ohne organischen Befund, hielt seit längerer Zeit an der Idee fest, die Ehefrau betrüge ihn mit dem Nachbarn, was nachweislich nicht stimmte.

Der vierte Eifersuchtswahn wurde bei einem Patienten (R.K., 35 Jahre) diagnostiziert, der zuletzt bis zwei Flaschen Wermutwein pro Tag getrunken hatte, körperlich jedoch keine Besonderheiten aufwies.

Einen anderen Patienten, bei dem wir die Diagnose des Eifersuchtswahns später revidieren mußten (siehe Seite 32) haben wir aus dieser Reihe bereits ausgesondert. Bei dem fünften Kranken (G.T., 39 Jahre) mit Alkoholparanoia schließlich bestand ein anderes Wahn-Thema. Er hatte mit 21 Jahren einen Suicidversuch verübt, war seit 7 Jahren geschieden und betrieb seit etwa 9 Jahren erheblichen Alkoholabusus, (bis zu einer halben Flasche Schnaps pro Tag); er stand insgesamt zweimal in unserer Behandlung (1966: 14 Tage, 1967: 6 Monate). Der Kranke hatte bereits beim erstenmal Beeinträchtigungsideen geäußert (seine Lebensgefährtin wolle "ihn fertigmachen, ihm etwas antun"), war zuhause aggressiv geworden, konnte jedoch nach 14 Tagen in erheblich gebessertem Zustand entlassen werden. 9 Monate später mußte er erneut eingewiesen werden, da er versucht hatte, die besagte Frau zu würgen und zu erschlagen; es hatte sich in der Zwischenzeit ein regelrechter Vergiftungswahn entwickelt, der sich stets auf die eine Person bezog, eine harmlose Frau, die den Patienten immer gut versorgt hatte. Er war auch in den folgenden Wochen noch fest von den Mordabsichten dieser Frau überzeugt.

Wir konnten bei dieser Patientin psychopathologisch einen Hypnoseprozeß initiieren und im MAWE-Test einen IQ unterhalb der Debilitätsgrenze feststellen.

Wir haben bei keinem der gesunden und Kranken vorzufindende Züge, grundsätzliche Halluzinationen, die der Annäherung zu einer weiteren psychischen Verarbeitung gegeben hätten, oder ein anderliches Psychosyndrom beobachtet, bei allen war die Familienanamnese unauffällig, lediglich bei einem Kranken war eine familiäre Häufung von Alkoholismus bekannt (W.J.).

Wir sehen also in der Alkoholpsychose ein selbständiges Krankheitsbild auf der Basis einer chronischen Alkoholintoxikation, an dessen Entstehung neben einer vorherrschenden psychischen oder neurotischen Persönlichkeit exogene Momente mitbeteiligt sein können.

2.2.5 Andere Folgen von Alkoholabhängigkeit haben wir bereits unter der Überschrift 2.1.2 besprochen. Wir haben sie an dieser Stelle und nicht hier gesondert aufgeführt, weil es sich bei diesen Krankheitsfolgen um keine eigentliche psychotische Störung handelt und weil sie für unsere Unterscheidung zwischen typischer und atypischer Alkoholpsychose irrelevant sind.

	Art der Psychose	Alter in Jahren 21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Summe der Fälle	Durchschnittliches Alter in Jahren
Typische Alkoholpsychosen	Delirium tremens	7	41	24	32	13	3	120	46
	Alkoholhalluzinose	4	3	2	4	1		14	43,6
	Korsakow-Psychose			2	22	14		38	58,9
	Alkohol paranoia		2		(2)	1		(5) 3	49,8
Atypische Alkoholpsychosen	Atypisches Delirium tremens		2	3	1		1	7	48,3
	Atypische Alkoholhalluzinose	4	1	3	2			10	39,5
	Delirant-halluzinatorische Alkoholpsychose	2	15	7	3	2		29	41,1
	Paranoid-halluzinatorische Alkoholpsychose	2	8	1	4	1		16	43
	Schizophreniforme Alkoholpsychose	4	8					12	33
	Cyclophreniforme Alkoholpsychose		1			1		2	54
	Mischpsychose			1	2			3	52,3
						Gesamtsumme		254	

Tab. 3: Aufschlüsselung der Probanden nach Art der Psychose und Alter

2.3. Die atypischen Alkoholpsychosen

2.3. 1 Fragen zur Entstehung der atypischen Alkoholpsychosen

Von den 254 Kranken, die mit einer Psychose bei chronischem Alkoholismus aufgenommen worden waren, boten 79 solche atypischen Bilder, daß sie diagnostisch nicht unter die klassischen Alkoholpsychosen eingeordnet werden konnten. Angesichts dieses immerhin beträchtlichen Prozentsatzes ist es erstaunlich, wie wenig das Thema "atypische Alkoholpsychosen" bisher bearbeitet worden ist. Die meisten Autoren erwähnen in ihrer Systematik und Statistik solche Formen nicht einmal. Andere Verfasser wiederum, z.B. MAY und EBAUGH (zit. in 27) lehnen spezifische Krankheitsbilder generell ab und führen die psychopathologischen Unterschiede zurück auf verschiedene Reaktionsformen bei akuten, subakuten und chronischen Formen der Alkoholvergiftung. Sie unterscheiden neurotische Verhaltens-, Verwirrtheits-, deliriöse, affektive, schizophrene und paranoide Reaktionen.
Geht man aber davon aus, daß die meisten Alkoholiker doch an typischen, d.h. spezifischen metalkoholischen Psychosen erkranken, so bleibt die Frage, warum der andere Teil atypische Bilder bietetBetrachtet man die verschiedenen Theorien über die Ätiologie und Pathogenese der klassischen Alkoholpsychosen, so findet man nichts, was gegen die Entstehung von Misch- oder Übergangsformen der einzelnen metalkoholischen Psychosen spräche.

Die von BONHOEFFER angenommene zentrale Hyperästhesie z.B. muß sich nicht unbedingt nur auf ein einziges "Zentrum" beschränken, sondern kann sich sowohl auf den optischen als auch auf den akustischen Bereich erstrecken.
Ebenso könnte die von THOMPSON für die Alkoholhalluzinose-Ätiologie diskutierte Zirkulations- und Funktionsstörung des Temporallappens zusätzlich andere Rindenbezirke betreffen.
In seiner Abhandlung über Schlaf- und Wachstörungen zitiert BILZ (10) BERZE, der das Vorkommen von akustischen oder optischen Halluzinationen in den Alkoholpsychosen damit erklärt, daß "das Subjekt, dem visueller Sinnestrug widerfährt,

tiefer in Schlafbereichen fixiert ist als der Halluzinant". Warum sollten manche Patienten nicht einen Grad der Schlaftiefe erreichen, der genau dazwischen liegt, der Patient also sowohl visionäre als auch auditive Erlebnisse in der Psychose hat?
Nach SPECHTs Quantitätshypothese (zit. in 27) hängt es im Wesentlichen davon ab, mit welcher Schnelligkeit der Alkohol den Organismus überfällt, daß der eine Patient an dieser, der andere an jener Form erkrankt. Bei genügend Zeit zu adaptativen Maßnahmen entstünden die "endogen erscheinenden Zustandsbilder"; werde der Körper jedoch gewissermaßen überrumpelt, so komme es zu exogenen Reaktionstypen. Auch hier wäre eine Möglichkeit zwischen diesen beiden Vorgängen denkbar.

Wir haben bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, daß in der romanischen Literatur sämtliche Alkoholpsychosen unter dem Begriff "Delir" geführt werden und verschiedene Grade derselben Schädigung darstellen; die Art des "Delirs" wird eventuell durch verschiedene Adjektiva näher bezeichnet - wie z. B. "dēlire onirique, idées fixes postoniriques, confuso-oniriques" usw., vergleiche bei MICHAUX/BUGE (60). Hier könnten einige unserer atypischen Bilder ohne Schwierigkeiten als "Delir....." eingereiht werden.

Abgesehen von den Misch- und Übergangsformen der einzelnen klassischen Psychosen durch ein Interferieren der verschiedenen ätiologischen Faktoren können einzelne Krankheitsbilder durch abnorme Persönlichkeitszüge, eindrucksvolle oder auch "unbewältigte" Erlebnisse so kompliziert und modifiziert werden, daß sie von der Norm abweichen. Solche Bilder finden wir vor allem in der 1. und 2. Gruppe unserer Einteilung der atypischen Alkoholpsychosen. An einigen Beispielen werden wir auch den Einfluß organischer Befunde auf die Struktur der Psychose sehen.
Das Zustandekommen der verschiedenen atypischen Bilder veranschaulicht vielleicht am besten ein Schema von WALTHER-BÜEL (82), in dem er die "exogenen Syndrome" synoptisch als einander überschneidende Kreise im Rahmen eines "pathogenetischen Dreiecks" darstellt. Hier werden sowohl individuelle Prädisposition als auch unterschiedliche Intensität der Noxe (in unseren Fällen also Alkohol) sowie psychogene Teilfaktoren erfaßt und somit zwei verschiedene pathogenetische Hypothesen berücksichtigt, die FODSTAD (27) zitiert:

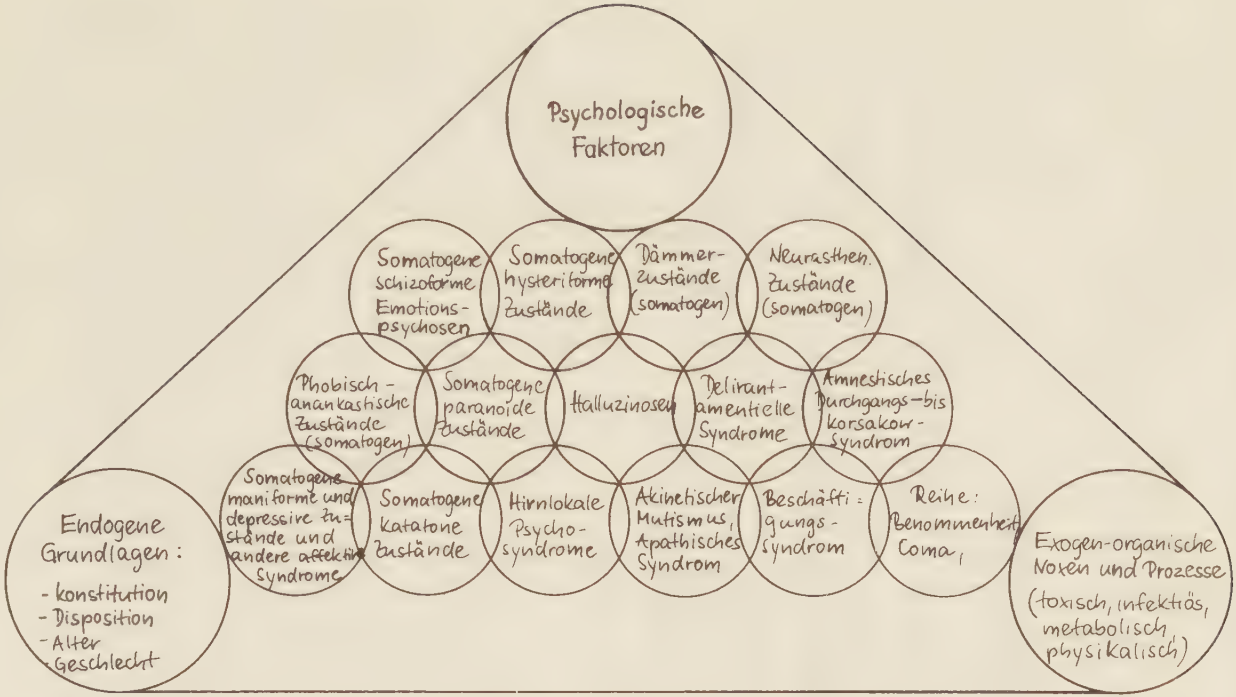

Bild 2: "Akute somatogene Syndrome" nach WALTHER-BÜEL (82)

Pathogenetische Hypothese I

Annahme einer variablen individuellen Disposition zu exogenen Psychosen.
(EWALD, BONHOEFFER, STERTZ, BRUGGER u.a.).

Pathogenetische Hypothese II

Annahme einer quantitativen Relation zwischen pathogener Noxe und Syndromwahl.
Massive Aggression (oder geringe Resistenz) = Syndrome der rechten Seite im "pathogenetischen Dreieck" nach WALTHER-BÜEL.

Schwächere Aggression respektive stärkere Resistenz = Syndrome der linken Seite im "pathogenetischen Dreieck" nach WALTHER-BÜEL.
(SPECHT, CONRAD, BÜSSOW u.a.).

2.3. 2 Überblick über die in der Literatur beschriebenen Formen von atypischen Alkoholpsychosen

In einem Artikel mit der Überschrift "Über atypische Alkoholpsychosen" brachte CHOTZEN (21) schon 1906 einen "Beitrag zur Kenntnis des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker und der alkoholischen Pseudoparalyse". Er hatte beobachtet, daß einige Formen von Alkoholhalluzinose sich durch hypochondrische Sensationen, Geruchs-, Geschmacks- und auch optische Halluzinationen auszeichnen. Andere Bilder mit eigentümlichen phantastischen Beeinträchtigungs- und Größenideen nannte er "alkoholistische Pseudoparalyse, die 1) aus einer Verbindung von Arteriosklerose mit Alkoholpsychosen, 2) aus einer Kombination von cerebralen Herd-Symptomen oder polyneuritischer "Tabes" und einem Korsakow-Syndrom, postinfektiösen Psychosen, anderen organischen Gehirnkrankheiten und Alkoholismus und 3) aus einer "Vereinigung cerebraler alkoholistischer Herdsymptome mit einem in alkoholistischen Bewußtseinsstörungen auftretenden Größenwahn Degenerierter und aus ihrer Verbindung mit der Manie" entstehen würden.
KRAEPELIN (44) bezeichnete eine atypische Form des Delirs, die mit einer stärkeren Beimischung von Gehörstäuschungen bei Erhaltung des Bewußtseins und der Orientierung einhergeht, als "besonnenes Delir".
BONHOEFFER (15) unterschied in ähnlicher Weise ein "systematisierendes Delir als Übergangsform zur acuten Hallucinose", wie er es u.a. bei seinem Hilfsarbeiter W.W. beschrieb. Eine andere Sonderform der Alkoholpsychose trägt die Bezeichnung "systematisierende acute Hallucinose" (z.B. bei dem Schlosser E.) oder "systematisierende acute Hallucinose mit Größenideen" (bei dem Gastwirt H.).
MEGGENDORFER (59) machte 1928 darauf aufmerksam, daß "sehr häufig Vermischungen von Delir und Halluzinose vorkommen", gibt jedoch nicht an, wie häufig. Einen atypischen Verlauf zeigen auch drei der von ihm beschriebenen Alkoholhalluzinosen, die zwar keine deliranten Beimengungen, jedoch atypische Wahninhalte aufweisen - bei zwei Kranken Größenideen (der Arbeiter M.R. und der Friseurgehilfe). Die eine dieser Halluzinosen verlief allerdings chronisch und dürfte - wie der Verfasser für alle chronischen Alkoholhalluzinosen annimmt - durch Rückbildungsvorgänge oder eine komplizierende Lues bedingt sein.

POHLISCH (68) beschrieb ein Jahr zuvor vier Kranke mit einer "Kombination deliranter und halluzinoseartiger Symptomverbindungen bei demselben Zustandsbild".

Auch BLEULER wies schon früh auf solche Mischbilder hin.

In BENEDETTIs Veröffentlichung über die Alkoholhalluzinosen (6) von 1952 findet sich unter 90 akuten Alkohol-Halluzinanten insgesamt 22 mal ein Zusammentreffen von Zügen einer Halluzinose und eines Delirs. In sechs Fällen war ein Delirium tremens in der Vorgeschichte, in drei Fällen in der Katamnese bekannt, bei neun Kranken hatte die akute Alkoholhalluzinose eine "delirante Färbung", bei vier Kranken war in der Vorgeschichte eine Alkoholhalluzinose mit deliriantem Einschlag vorgekommen. Der Verfasser bezeichnet diese Formen jedoch bewußt nicht als halluzinatorisch-deliriöse Mischbilder, "da die deliranten Symptome nur am Rande des klinischen Zustandsbildes lagen".

Auch der Trinker Bertram machte während der akuten Halluzinose eine delirante Episode durch,wie BILZ mitteilt (10).

Eine umfassende Schilderung von delirant-halluzinatorischen Mischbildern mit statistischen Angaben haben erstmalig 1953 AUERSPERG und SOLARI in ihrem Artikel über die "Brückensyndrome" in Chile gegeben (4). Sie hatten bei 86 Patienten, die wegen einer Alkoholpsychose aufgenommen worden waren, nur viermal ein Delir, viermal eine Alkoholhalluzinose und zweimal eine schizophreniforme chronische Halluzinose diagnostiziert; der Rest mit rund 89 % bot das Bild eines Brückensyndroms.

Eine russische Autorin (81) fand unter 60 atypischen Alkoholpsychosen 12, die mit psychischen Automatismen, akustischen Halluzinationen, kurzen oneiroiden Episoden und Verfolgungsideen einhergingen, 31 Kranke mit psychischen Automatismen verbunden mit Schuld- und Insuffizienzgefühlen, depressiven und expansiven Elementen sowie magischen Denkformen und weitere 17 mit Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, ängstlichem Spannungszustand und nur vereinzelten Sinnestäuschungen.

VICTOR und HOPE (zit. in 85) stellten bei 50 Halluzinanten unter 266 Alkoholikern in 26 % paranoid-halluzinatorische Mischbilder fest.

Italienische Psychiater (SIMONETTI und LUNARDI 75) beobachteten bei 47 von 77 Patienten mit einer Alkoholpsychose so uneinheitliche, psychopathologisch und klinisch vom Delir völlig verschiedene Bilder, daß sie in "keiner nosologischen Einheit" zusammengefaßt werden konnten.
Bei einer anderen Untersuchungsreihe boten vier von 96 Alkoholdeliranten anfangs das Bild einer akuten paranoiden Psychose mit Angst-, Vergiftungs-, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen und Verfolgungswahn, um schon nach wenigen Tagen in ein typisches Delir einzumünden. (PODOLNY 65).
Auf die Besonderheit, daß innerhalb eines Delirs im französischen Sinn auch Themen der Selbstbezichtigung, Größenwahn, Eifersuchts-, Verfolgungsideen, wahnhafte Personenwandlung und andere atypische psychopathologische Phänomene erscheinen, haben wir schon hingewiesen (60).
I GULIAMOV (32) hat bei seinen Beobachtungen an 42 Alkoholpsychosen - 14 Delirien, 20 akute und 8 chronische Alkoholhalluzinosen - folgende Besonderheiten festgestellt: Bei sechs der Deliranten herrschten im klinischen Bild "oneiroide Symptome" vor, lösten die delirante Unruhe ab, enthielten für die Dauer der psychotischen Episode Fragmente des von KANDINSKI-CLERAMBAULT beschriebenen Syndroms (zit. in 32) des psychischen Automatismus (akustische Pseudohalluzinationen, Zwangsgedanken, Gedankenentzug); bei diesem Typ sind die psychotischen Erlebnisse im Gegensatz zu den typischen Delirien im Gedächtnis haften geblieben. Bei den Halluzinosen, besonders bei den chronischen, beobachtete der Verfasser neben der Angst und üppigen Halluzinationen mit Beschimpfung und Bedrohung fragmentweise echte Phänomene des psychischen Automatismus (Gedankendialoge, Gedankenerkennen, Zwangsgedanken, Zwangsträume).

Man sieht an diesen Beispielen, wie bunt die Palette der metalkoholischen Psychoseformen ist und wie wenig einheitlich die einzelnen atypischen Bilder in der Literatur geordnet und definiert sind, abgesehen von den delirant-halluzinatorischen "Brückensyndromen".
Wir haben versucht, die atypischen Psychosen, die sich bei unseren 665 Alkoholikern gefunden haben, schematisch einzuteilen; es haben sich 5 Gruppen ergeben, die deutlich gegeneinander abzuklären waren. Auf den folgenden Seiten werden wir

die einzelnen Gruppen besprechen und in einer kurzgefaßten Kasuistik die verschiedenen Bilder erläutern.

2.3. 3 Neue Einteilung der atypischen Alkoholpsychosen

1. Atypische Alkoholdelirien.
2. Atypische Alkoholhalluzinosen.
3. Delirant-halluzinatorische Mischpsychosen.
4. Paranoid-halluzinatorische Mischpsychosen.
5. Endogene Psychosen mit sekundärem Alkoholismus.
   (Durch Alkohol induzierte endogene Psychosen): a) schizophreniforme Alkoholpsychosen
   b) cyclophreniforme Alkoholpsychosen.

2.3. 4 Kasuistik und Analyse der einzelnen Psychoseformen

2.3.4.1 Atypische Alkoholdelirien (7)

Hier handelt es sich um ausgeprägte delirante Bilder mit deutlicher vegetativer Symptomatik, Bewußtseinsstörung und Desorientiertheit, die durch a t y p i s c h e optische Halluzinationen mit teils systematischem Ausbau von Wahnideen auffielen sowie zusätzlich atypische haptische und leichtere akustische Sinnestäuschungen aufwiesen.

Patient 1 : A.Z.,(45 Jahre),Arbeiter; Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene Anamnese unauffällig. Bei Aufnahme örtlich und zeitlich desorientiert, ausgeprägte vegetative Symptome, optische (Tiere, Personen) und haptische Halluzinationen (man "packe ihm lebendige Viecher auf den Leib"), wahnhafte Gedankengänge ("er sei Mulatte, wisse Buddhas Geheimnis, sei vor kurzem im Buddhisten-Tempel von Berlin gequält, mit Kaninchenfellen und Stricken an den Waden gefesselt worden als Opfervorbereitung usw."). Nach zwei Tagen unter Anti-Delir-Therapie Abklingen der deliranten Symptome und völlige Distanzierung von den Halluzinationen und produzierten

Wahninhalten, für die sich in der Vorgeschichte keine Anhaltspunkte fanden.

Hier sind also besonders die haptischen Sinnestäuschungen sowie die wahnhaften Ideen religiöser Färbung als a t y p i s c h hervorzuheben.

Patient 2: L. G.,(34 Jahre),Handwerker (Tischler), häufiger Stellenwechsel, keine Angaben über Familien-Anamnese; Eigene Anamnese ohne Befund, ledig; Aufnahme: starke vegetative Symptomatik, desorientiert, verwaschene Sprache, Nesteln. Vor drei Tagen habe er ständig Wasser durch das Schlüsselloch kommen sehen, die Nachbarin habe es hindurchgespritzt; aus ihrer Wohnung sei mehrmals am Tag ein Kunstmaler gekommen; auch sehe der Patient seit längerem ständig einen Schatten bei ihr. Die Nachbarin und andere Leute hätten seine Verlobte als Geisel festgehalten. Patient habe, um sie zu befreien, mit der Axt die Wohnungstür eingeschlagen. Dann sei ein Funkwagen gekommen und habe 52 (!) Mann - es sei ein ganzer Spionagering gewesen - zum Verhör mitgenommen. Den Patienten selbst habe man unter dem Vorwand, er müsse eine Leiche obduzieren, hierhergebracht (sah anfangs Mitpatienten als Leichen an!). Am dritten Tag wieder völlig unauffällig.
Nach den Aussagen der Verlobten des Patienten liest der Patient mit Vorliebe "Taschenkrimis" und hatte schon des öfteren Zusammenstöße mit einer Nachbarin in betrunkenem Zustand.

A t y p i s c h sind bei diesem Kranken Art und Vielfalt der optischen Halluzinationen (Wasser, verschiedene Personen), das Hinzutreten von Stimmen, die den Kranken von der Gefangenhaltung seiner Braut sowie von der bevorstehenden Obduktion unterrichteten.

Patient 3 : K.-H. G., (48 Jahre), Angestellter, häufiger Stellenwechsel, ledig, kontaktarm, Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene-Anamnese: Hepatitis im Krieg, gastritische Beschwerden, täglich zwei Flaschen Bier und 14 bis 16 Wodka seit über acht Jahren. Er gibt bei Aufnahme an, es habe eine Gasexplosion gegeben; er habe gesehen, wie Fabriken in die Luft gesprengt worden seien, Versenkung von U-Booten beobachtet; randalierte zuhause, zerstörte die Lichtschalter des gesamten Treppenhauses und warf Gegenstände aus dem Fenster (angeblich auf Befehl von Stimmen, die er jedoch später negierte). Im Delir finden sich häufig Fehlhandlungen, die angeblich auf irgendeinen Befehl hin geschehen. Wir werten diese meist aggressiven Gesten, Randalieren usw. weniger als Folge echter imperativer Phoneme, wie wir sie z. B. bei der Schizophrenie finden, sondern sehen darin vielmehr einen Ausdruck der Erregung und gesteigerten Motorik, ein Entladen oder Enthemmen der Aggressionsimpulse des Kranken, der dann hinterher als Entschuldigung oder Erklärung zu der Ausrede greift, ein anderer habe ihn zu diesem Tun angestiftet.

Dieser Patient war nach zwölf Tagen wieder völlig unauffällig. (In den ersten Tagen starke mnestische Lücken).

Solche phantastischen Visionen, wie sie dieser Kranke beschreibt, werden mit Sicherheit in k e i n e m t y p i s c h verlaufenden Delir beobachtet.

Patient 4: A.D., (52 Jahre), geschieden, Familien-Anamnese ohne Besonderheiten, Eigene-Anamnese: seit der Kindheit linksseitige Hemiparese (nach Diphterie), 1963 Tbc.; in den letzten Wochen vor der Aufnahme vermehrt, in den letzten Tagen keinen Alkohol getrunken; nach Alkoholentzug verwirrt, aggressiv, bei der Aufnahme hochgradig verwirrt, völlig desorientiert, äußert Selbstmordgedanken (müsse sich oder seinen Sohn Gott opfern), habe Stimmen gehört, er sei Gottes Sohn; Sohn des Patienten gibt an, der Vater sei in der letzten Zeit sehr verändert gewesen, sehr fromm, bete viel. Unter Delir-Therapie wird der Kranke nach drei Wochen psychisch unauffällig und distanziert sich von den Erlebnissen in der Psychose.

Hier fanden sich neben einer ausgeprägten vegetativen Symptomatik keinerlei optische, dafür jedoch akustische Sinnestäuschungen sowie Größenideen, was ausgesprochen a t y p i s c h für ein Delirium tremens ist.

Patient 5: F.M., (38 Jahre), Kellner, geschieden, Familien-Anamnese ohne Befund, seit über fünf Jahren starker Trinker (nur Bier).
Eigene Anamnese: 1948 Billroth II, 1958/59 Gesichtsschädelverletzung bei Schlägerei, in den Tagen vor Aufnahme Krankenhaus-Behandlung wegen Fußverletzung. Dort habe er nachts plötzlich Musik gehört, Tiere (Katzen, Hunde, Enten) und sexuell betonte Indianer- und Kinderspiele gesehen; man habe ihn mit "flüssigem Gas" angespritzt, um ihn zu betäuben (haptische Halluzinationen); am Tag der Aufnahme habe die Polizei mit 16 Mannschaftswagen eine Razzia gemacht und dabei 200-250 Indianerstämme verhaftet, bei Aufnahme typisch delirantes Bild, desorientiert, weiterhin optische (vor allem Indianer), akustische und haptische (werde von Indianern gefesselt) Halluzinationen. Nach sechs Tagen Bild abgeklungen; Verlobte des Patienten gab an, "er vertrage nicht viel Alkohol", sei in der letzten Zeit sehr eifersüchtig gewesen und habe sie mehrfach bedroht.

Als a t y p i s c h sind hier die Art der Sinnestäuschungen und ihre wahnhafte Weiterverarbeitung zu bezeichnen.

Patient 6: F.W., (46 Jahre), Heizer, geschieden, Familien-Anamnese ohne Befund. Eigene Anamnese: Granatsplitterverletzung an Gesicht und Hals, 1963 Tbc, seit 63 Magenulcera; in den beiden letzten Wochen vor Aufnahme optische Halluzinationen, (wenn er nachts das Licht gelöscht habe, sei ihm der Nachbar mit Schäferhunden erschienen, durch die Wand gekommen, habe Küchengeräte gestohlen usw.); typisch delirante Symptome, psychomotorisch starke Unruhe,

Desorientiertheit, optische Halluzinationen: Tiere im Bett, sieht N a c h - b a r n mit Söhnen über die Dächer der Klinik fliegen, hat Angst vor den Autobussen, sieht Umgebung brennen und Rauchschwaden im Zimmer, will sich aus dem Fenster stürzen, spürt " Nadeln im Bett" und fühlt sich "unter Strom gesetzt". Nach zwei Tagen allmähliche Distanzierung, nach fünf Tagen völlig unauffällig.

Bei einem typischen vegetativen deliranten Erscheinungsbild sehen wir hier a t y p i s c h e optische (Feuer, Rauch, fliegende Menschen) und haptische (Strom) Halluzinationen sowie Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen.

Patient 7: O.G., (75 Jahre), Rentner, verheiratet, seit über 20 Jahren starker Trinker (dreiviertel Liter klaren Schnaps täglich). Deutliche Eifersuchtsideen in den letzten Wochen, Aufnahme wegen aggressiver Handlungen im deliranten Zustand, sieht Haus gegenüber brennen und Ehefrau vor seinen Augen mit mehreren Männern beim Geschlechtsverkehr. Am fünften Tag delirantes Bild und Eifersuchtsideen abgeklungen; in der darauffolgenden Woche häufig Asthma-Anfälle, am 18. Tag nach Aufnahme exitus letalis durch akutes Rechtsherzversagen bei Lungenemphysem.

A t y p i s c h muten im Verlauf dieses Delirs die -zum Teil sexuell gefärbten - Visionen und Eifersuchtsideen an.

2.3.4.2 Atypische Alkoholhalluzinosen (10)

In dieser Gruppe wurden zehn Patienten zusammengefaßt, bei denen atypische akustische Halluzinationen mit Neigung zur Systematisierung und optischen Beimischungen im Vordergrund standen. Delirante Symptome wurden in keinem dieser Fälle beobachtet.

Patient 1: H.-E.L., (47 Jahre), Zahnarzt, geschieden; Familien-Anamnese ohne Besonderheiten. Eigene Anamnese: 1942 leichte commotio, Ende des Krieges Icterus; erste Aufnahme 1965 wegen Eifersuchtsideen und prädeliriantem Zustand, glaubte damals die (2.) Ehefrau sei entführt worden, sprach am Telefon mit nicht vorhandenen Personen. Vor der ersten Aufnahme soll er angeblich bis zu fünf (?) Flaschen Wein, nach der Entlassung hauptsächlich Cognac (bis zu 1 1/2 Flaschen täglich) getrunken haben.
Vier Tage vor der jetzigen Aufnahme erstmalig Auftreten von Verfolgungsideen, Leute mit Funkanlagen würden sich obszön unterhalten; sah einen Tag vor der Aufnahme zuhause "zwei als Frauen verkleidete Männer, die in die Wohnung

eingedrungen waren und Mikrosender im Teppich versteckten", wollte die (nicht vorhandenen) Männer mit Schmückschwert aufhalten; hört bei der Aufnahme weiterhin deren Stimmen, die "unanständige Dinge" erzählen; ist leicht euphorisch, gar nicht ängstlich, distanziert sich bereits am nächsten Tag von den psychotischen Inhalten, macht den Alkohol dafür verantwortlich.

A t y p i s c h sind bei diesem Kranken 1.) der (obszöne) Inhalt der akustischen Halluzinationen: die Stimmen unterhalten sich nur, sie beschimpfen den Halluzinanten nicht, noch verfolgen sie ihn, 2.) die Kombination mit deutlichen optischen Halluzinationen in Form von Personen, nicht schatten- oder schemenhafte Gebilde, wie sie gelegentlich bei der "klassischen" Alkoholhalluzinose vorkommen können, 3.) die inadäquate euphorische Stimmungslage des Patienten, 4.) sein aktives und aggressives Vorgehen in der Psychose; das "Opfer" einer typischen Alkoholhalluzinose verhält sich eher passiv, zieht sich zurück oder flieht!

Patient 2: K.St., (60 Jahre), Automechaniker, geschieden, 2. Ehefrau verstorben; Vater Alkoholiker; Eigene Anamnese: commotio 1948 (Autounfall); Trinker seit dem Tode der Ehefrau. Zwei Monate vor der Aufnahme besonders starker Alkoholabusus (10 Bier und eineinhalb Flaschen Cognac täglich!). Der Kranke hatte am Aufnahmetag zuhause randaliert: Seine Frau habe "wegen Überfüllung des Friedhofs auf Eis gelegen", sei jetzt plötzlich erschienen, habe im Sessel gesessen, sich mit ihm unterhalten; er hörte ihre Stimme dann aus allen Gegenden, suchte sie in Eimer, Körben, unter dem Bett, schlug an die Wohnungstüren anderer Mieter und forderte die "Herausgabe seiner Frau". Außerdem glaubte der Patient, er habe vor einigen Tagen 7000 DM im Lotto gewonnen, die Schwägerin wolle jedoch das Geld nicht herausgeben und räume seine Möbel aus "deshalb habe er sie lieber zerschlagen". Der Patient hörte in den folgenden Tagen auch weiterhin die Stimme seiner Frau, distanzierte sich unter entsprechender Therapie aber allmählich und war acht Tage nach Aufnahme wieder ruhig, geordnet, psychisch ohne Befund.

A t y p i s c h an dieser Alkoholhalluzinose: der Kranke hört immer nur e i n e Stimme, sieht außerdem eine Gestalt, mit der er sich unterhält, und äußert gleichzeitig Größen- und Beeinträchtigungsideen!

Patient 3: D.H., (27 Jahre), Arbeiter, ledig, Familien-Anamnese und Eigene Anamnese ohne Befund, kontaktarmer, infantiler Alkoholiker, trinkt seit fünf Jahren täglich etwa eine halbe Flasche Schnaps, habe in der letzten Zeit u.a. "Dracula-Romane" gelesen; in den Nächten vor der Aufnahme plötzlich Stimmen von hypnotischen Gruppen, die ihn "zum Vampir machen wollten", glaubt bei der Aufnahme, sein Bett sei ein Sarg, äußert Beziehungsideen (wenn Sonne hinter dem Haus verschwinde, sei er gerettet), "hört" dann

wieder, bei Einbruch der Dunkelheit werde er zum Vampir.
Am nächsten Morgen völlig unauffällig, kann sich nur ungenau erinnern.

A t y p i s c h sind hier Art und Inhalt der akustischen Halluzinationen sowie Auftreten von Beziehungsideen.

Patient 4: W.G., (33 Jahre), Eltern früh verstorben, Vater an Ca., Mutter nach Entbindung; Eigene Anamnese: 1957-59 in der Fremdenlegion, dort Tbc., 1966 Lebererkrankung, in der letzten Zeit wieder Einnahme von Tuberkulostatika. In den Tagen vor Aufnahme akustische Halluzinationen (Stimme der Verlobten), bei Aufnahme Äußerung paranoider Ideen (Verlobte sei den ganzen Tag vergewaltigt worden von 16 Männern, die ihn bis in die Wohnung verfolgt hätten; er habe durch Sprechfunk auch die Gespräche der Männer gehört) hört nach der Aufnahme weiter die Stimme der Verlobten, glaubt, sie sei "entstellt" und könne ihn deshalb nicht besuchen (er habe die Vergewaltigung selbst gesehen). Erst nach drei Wochen beginnt der Patient an der Realität seiner Erlebnisse zu zweifeln, distanziert sich dann allmählich und ist nach fünf Wochen nach Aufnahme völlig unauffällig.

Als a t y p i s c h imponiert außer den deutlichen Visionen auch hier wieder die Rolle des Halluzinanten als "Zuhörer" im Gegensatz zur - für die "klassische" Alkoholhalluzinose obligatorischen- Funktion des verfolgten und beschimpften Opfers.

Patient 5: P.D., (44 Jahre), Handwerker, verheiratet, Familien-Anamnese keine Angaben, Eigene Anamnese ohne Befund, sah zwei Tage vor Aufnahme Ehefrau tot vor sich liegen und hörte kommentierende Stimmen, holte die Polizei, die die Einweisung veranlaßte; bei der Aufnahme keine psychotischen Inhalte mehr; Patient distanziert sich bereits.

A t y p i s c h ist bei dieser Alkoholhalluzinose das Auftreten optischer Sinnestäuschungen mit begleitendem Kommentar durch Stimmen.

Patient 6: G.M., (26 Jahre), Schlosser, seit "Jahren wöchentlich zwei mal betrunken", leicht debiler Psychopath (IQ : 79), erste Aufnahme 1965, nachdem der Kranke freiwillig "zur Untersuchung" in ein Krankenhaus gekommen war; dort hatte er sich einer Ärztin unzüchtig genähert, war dann auf die Station gelaufen und hatte um Hilfe gerufen, er werde verfolgt.
Zweite Aufnahme 1966 zur Entziehungskur.
Dritte Aufnahme 1967, war aus einem Krankenhaus "geflohen", in das er wegen eines PFEIFFER'schen Drüsenfiebers eingewiesen worden war; der Stationsarzt dort habe ihm immer zugeflüstert, er sei Jude, er sei tot, die Leichenträger könnten ihn holen; bei Aufnahme paranoid-depressives Bild (hypochondrische Sensationen, Todesahnungen), nach drei bis vier Tagen Besserung, Entlassung.

Hier wird die an akustischen Sinnestäuschungen ohnehin arme und einseitig gestaltete

Halluzinose durch das Hinzutreten wahnhafter Gedankeninhalte a t y p i s c h.

Patient 7: K.Z., (30 Jahre), Angestellter, verheiratet, Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene Anamnese: Tbc., 1962 Pankreas-Erkrankung, 1964 Pankreas-Operation, in der letzten Zeit vor Aufnahme Einnahme von Buscopan-Tabletten, bis vor drei Wochen regelmäßig bis zu 12 Flaschen Bier und 5 Schnäpse; gibt bei Aufnahme an, er höre die Stimme des Nachbarn seit Wochen (besonders nachts); dieser habe zusammen mit der Ehefrau des Patienten ein Mikrophon in der Wohnung versteckt, um seine Gespräche abzuhören. Patient gibt bei Aufnahme weitere akustische Halluzinationen an, ist ängstlich, jedoch kontaktbereit. Innerhalb von einer Woche klangen die Symptome ohne besondere Medikation ab.

Hier sind die akustischen Halluzinationen auf eine einzige Stimme beschränkt. Auch die paranoide Thematik paßt n i c h t in den Rahmen einer t y p i s c h e n Alkoholhalluzinose.

Patient 8: E.J., (28 Jahre), Automechaniker, ledig, Familien-Anamnese Vater vermißt, Eigene Anamnese: Alkoholismus seit acht Jahren, einmal in psychiatrischer Behandlung wegen Suicidversuchs in reaktiver Depression; seit einigen Wochen vor Aufnahme in ärztlicher Behandlung wegen Hypertonie (RR= 180/120); bei Aufnahme akustische Halluzinationen (er stehe in Verbindung mit einem Doktor und Hörspezialisten, ohne sie zu sehen) von teils imperativem Charakter; Der Kranke ist kontaktarm, im Antrieb etwas gehemmt, depressiv; sein Verhalten normalisiert sich jedoch im Verlauf einer Woche.

A t y p i s c h sind in der Alkoholhalluzinose dieses Kranken Art und Inhalt der Gehörhalluzinationen, die teils imperativen Phoneme sowie die Partner- (und nicht Opfer-!) Rolle des Halluzinanten!

Patient 9: E.D. (41 Jahre), Ungelernter Arbeiter, zuletzt arbeitslos, geschieden, Vater Alkoholiker, verstorben; chronischer Alkoholabusus seit etwa zehn Jahren (zehn Biere täglich und mehrere Schnäpse, "in trauriger Stimmung" bis zu zwanzig Bieren und zwanzig Schnäpsen!), IQ an der unteren Normgrenze (in der Schule zweimal "sitzengeblieben"), Minderwertigkeitsgefühle, häufig depressive Verstimmungen, Selbstvorwürfe und Suicidgedanken seit Jahren. Der Kranke wurde am Aufnahmetag morgens von der Polizei in verwahrlostem Zustand aufgegriffen, behauptete, seine Mutter erschlagen zu haben, wurde dann mittags blutüberströmt von Taxifahrer gefunden (nach SV Schnittwunden an Hals und Armen), glaubte, er habe einen Juden erschossen. Bei der Aufnahme gibt er an, er sei bedroht worden (?), habe anfangs T r a u m und W i r k l i c h k e i t nicht unterscheiden können, höre jetzt immer die Stimme der geschiedenen Frau, die ihn des Verrats bezichtige, er solle sich "was antun, weil er ein Mörder und

Verbrecher" sei (direkte Anrede!). Distanziert sich nur ganz langsam von der psychotischen Erlebnisse, ist erst nach sechs Wochen unauffällig.

In dieser Psychose fällt als **typisch** auf, daß 1., **eine** (dem Halluzinierer bekannte) Stimme ihn in direkter Anrede verschiedener Vergehen beschuldigt, 2.) der Kranke **selbst davon** überzeugt ist, zwei Morde begangen zu haben und sich als schuldig bekennt, 3.) er versucht, sich das Leben zu nehmen und so zur Selbstjustiz greift.

Patient 10; K.K., 16½ Jahre, Lagerarbeiter, geschieden, Familien-Anamnese ohne Besonderheiten, Eigene Anamnese: 1951 Bilirub. II. 1953 "Nervenzusammenbruch" (Klinik Weißensee). Erste Aufnahme in manifestem Erregungszustand mit optischen und akustischen Halluzinationen: sieht Lampe des Krankenzimmers als Fernsehschirm an, sieht "Pin-up-Damen" zum Fenster ein- und ausfliegen, hört dabei schöne Musik; Der Kranke ist voll orientiert, zeigt keinerlei deliriante Symptome. Zwei Jahre später jetzige Aufnahme, der Patient war zuhause in der letzten Zeit sehr unruhig, schlaflos, "redete wirr", erschien nachts an seiner Arbeitsstätte; er gibt bei der Aufnahme optische und akustische Sinnestäuschungen an, ist sonst unauffällig, sieht sich fast ständig "seinen Film" an, spricht häufig darüber, ohne jedoch genauere Angaben zu machen. Sein IQ liegt bei 73. Nach fünf bis sechs Wochen bietet er keine Besonderheiten mehr.

Wie bei anderen Halluzinanten werden auch hier in erster Linie optische Sinnestäuschungen so intensiv und anhaltend erlebt, daß sie zum "Film" aneinandergereiht werden, der sich der Kranke **ohne Angst** ansieht und anhört; das muß unbedingt als **typisch** für eine Alkoholhalluzinose angesehen werden!

2.3.4.3 Delirant-halluzinatorische Mischpsychosen (29)

Es ist das Verdienst von AUERSPERG und SOLARI (4), Psychosen dieser Art erstmalig zahlenmäßig erfaßt und beschrieben zu haben. Die Männerabteilung ihrer psychiatrischen Klinik in Concepción in Chile, die 25 Betten umfaßt, hatte in der Zeit vom 2.4.51 bis zum 30.10.52 insgesamt 296 Aufnahmen zu verzeichnen, davon 86 Fälle einer akuten Alkoholpsychose; 4 darunter waren typische Alkoholdelirien, 4 klassische Alkoholhalluzinosen und 2 auf Schizophrenie-verdächtige chronische Alkoholhalluzinosen. Die restlichen 76 Alkoholpsychosen, die mit Überwiegen der

Gehörhalluzinationen, wahnhafter Vorstellung unmittelbarer Bedrohung wie bei der akuten Alkoholhalluzinose, jedoch zusätzlicher Trübung des Bewußtseins und Störung der situativen und zeitlichen Orientierung einhergingen, wurden von den Verfassern als "Brückensyndrome" oder auch "Bedrohungsdelirien" bezeichnet. Damit sollen zwei Charakteristika deutlich gemacht werden: 1) die Kombination von Symptomen der Alkoholhalluzinose und des Delirium tremens und 2) daß diese Kombination nicht in fließenden Übergängen oder beliebigen Mischungsverhältnissen erfolgt, sondern "in spezifischer Weise auf eine bestimmte Vergegenwärtigungsstufe des Bewußtseins beschränkt" erscheint.

Die Psychose entwickelte sich bei AUERSPERG's und SOLARI's Probanden nach mehrmaliger Wiederholung des periodischen Wechsels von exzessivem Trinken ("larvierter Selbstmord"), Abstinenz und Rückfall meist in einer neuerlichen Phase der Abstinenz;erste Prodromi treten auf in Form von Durst, zitteriger Unruhe (besonders abends), Schlaflosigkeit, Auffahren aus dem Halbschlaf ("sobresaltos"); hinzu kommen eventuell flüchtige Traumerlebnisse, optische und akustische Elementarhalluzinationen. Furcht befällt die Patienten erst im Augenblick der ersten Schreckerlebnisse.

Der Inhalt der Gehörhalluzinationen ist dem der klassischen Alkoholhalluzinose sehr ähnlich (Vorhaltung von Sünden und Verbrechen, von denen der Patient meist nichts weiß, Androhung von Folterungen und Tod usw.); Visionen sind oft Folgen illusionärer Ausgestaltung von Schatten und Lichtreflexen im Zimmer.

Autopsychisch sind die Kranken voll, örtlich und zeitlich dagegen desorientiert. Die körperlichen Symptome sind die gleichen, wie sie uns vom klassischen Delir her bekannt sind.

Unter unseren atypischen Alkoholpsychosen haben wir 29 gefunden, die im Großen und Ganzen den solchermaßen definierten Brückensyndromen entsprechen. Unsere delirant-halluzinatorischen Mischbilder unterscheiden sich in mancher Hinsicht von denen AUERPERG's und SOLARI's; sie sind nicht ganz so einheitlich, weder in den Trinksitten noch im Ablauf der Psychose, gemeinsam ist ihnen jedoch die Mischung aus deliranten und halluzinatorischen Symptomen. Auf die Unterschiede soll bei der Diskussion der einzelnen Symptome eingegangen werden.

Bei dieser Gruppe soll eine allgemeine Betrachtung der Person der Patienten, ihrer familiären Situation und Vorgeschichte, Art und Dauer des Alkoholismus sowie des äußeren Anlasses zur Entstehung der Psychose vorausgeschickt werden. Auf eine kasuistische Darstellung wie bei den vorangegangenen Gruppen wird infolge der größeren Anzahl verzichtet, zumal sich die Bilder dieser Reihe einheitlicher darstellen.
Wir werden uns auf eine Diskussion der einzelnen Symptome und ihre Abwandlungen beschränken und dazu verschiedene Beispiele aus unseren Krankengeschichten anführen.

Die altersmäßige Zusammensetzung erstreckt sich von 30 bis 64 Jahre, das Durchschnittsalter liegt bei rund 41 Jahren. Bei AUERSPERG und SOLARI war der jüngste Kranke 16, der älteste 63 Jahre alt. 80 % ihrer Patienten kamen zwischen dem 28. und 38. Lebensjahr zur Aufnahme, das Durchschnittsalter lag bei 34 bis 35 Jahren, (unter Berücksichtigung der Rezidive bei 38 bis 39 Jahren), also tiefer als das unserer Probanden und erheblich tiefer als das in der Literatur angegebene durchschnittliche Erkrankungsalter der Alkoholhalluzinanten.
Die erste Trinkperiode fand bei ihren Kranken zwei Jahre vor Ausbruch der Psychose statt; bei unseren Patienten war ein chronischer Alkoholabusus von mindestens fünf Jahren, bei 11 Patienten sogar von mehr als 10 Jahren voraufgegangen.
AUERSPERG's und SOLARI's Patienten boten sowohl in ihren Trinksitten (Alkoholexzesse besonders an Fest- und Zahltagen) wie auch hinsichtlich der bevorzugten Alkoholica (Gemisch aus 10%igem Rot- oder 12%igem Weißwein, Zucker und geröstetem Mehl, insgesamt zweieinhalb bis dreieinhalb Liter pro Tag) ein einheitliches Bild; auch war bei allen gleichzeitig mit Ausbruch der Trinkperiode eine Anorexie eingetreten.
Bei unseren Patienten konnten wir Besonderheiten dieser Art nicht beobachten; sie tranken in der Hauptsache sowohl Schnaps als auch Bier, in wenigen Fällen ausschließlich "gebrannte Wasser" (1-1 1/2 Flaschen). In 11 Fällen ging der Psychose unmittelbar ein exzessives Trinken, in 3 Fällen ein mehrtätiger Alkoholentzug voraus; 1 Patient hatte vor Ausbruch der Psychose Antabus-Tabletten und Alkohol zu sich genommen; bei den restlichen Patienten waren die Trinkgewohnheiten unverändert geblieben.

Eine familiäre Belastung mit Alkoholismus wurde bei sechs Kranken festgestellt, bei zwei weiteren war bei den Eltern eine Schizophrenie, in einem Fall eine nicht näher beschriebene "Nervenkrankheit" bekannt. Fünf der Patienten hatten ein Schädelhirntrauma, einer eine frühkindliche Hirnschädigung erlitten. Eine Magenoperation nach BILLROTH II war bei vier der Probanden vorgenommen worden.

Drei der 29 atypischen Psychosen dieser Gruppe waren durch einen epileptischen Anfall eingeleitet worden (bei AUERSPERG und SOLARI betrug das Verhältnis 7 : 76). Von unseren Kranken waren 8 verheiratet und führten meist eine unglückliche Ehe, 15 waren geschieden und 6 waren ledig, davon bestand bei zweien eine übertrieben starke Mutterbindung, die für die Psychose von pathoplastischer Bedeutung war.

Diskussion der Symptome

Prodromi: Im Prodromalstadium unserer delirant-halluzinatorischen Mischbilder traten als erste Symptome Schlafstörungen auf, die sich bis zur vollkommenen Schlaflosigkeit steigerten. Viele Patienten, bzw. deren Ehefrauen gaben an, daß sie in den Nächten vor Ausbruch der Psychose häufig aus dem Schlaf aufschreckten, unter nächtlichem "Alpdrücken", Alpträumen oder unter kurzen Sinnestäuschungen litten, die sie kaum von Traumerlebnissen hätten unterscheiden können. Einige der Patienten waren von einem "Zwangsdenken" besessen, sie konnten ihre Gedanken, die um ein bestimmtes Thema kreisten, nicht abschalten ("thematische Fascination" nach BILZ). Bei den meisten Kranken fiel eine rastlose Unruhe auf, sie gingen in der Wohnung umher, randalierten usw., so daß in vielen Fällen die Polizei eingreifen mußte.

Die akute Psychose

D a s B e w u ß t s e i n war während der Psychose weniger getrübt wie bei dem Delirium tremens als vielmehr gesteigert im Sinne einer "Überwachheit", das heißt

ein kleiner Ausschnitt aus dem Bewußtsein ist hellwach, bzw. überwach.
Als Beweis dafür mag die Hypermnesie nach Abklingen der Psychose gelten: der Kranke erinnert sich - wie bei der klassischen Alkoholhalluzinose - mit einer verblüffenden Genauigkeit an seine psychotischen Erlebnisse.
AUERSPERG und SOLARI verweisen darauf hin, daß dieser "Lebendigkeit und Unmittelbarkeit der späteren Darstellung" eine "konfabulatorische Ausschmückung" nur unscharf erlebter Situationen zugrunde liegt. Die Verfasser räumen aber auch die Möglichkeit ein, daß hier die Verhältnisse ähnlich wie bei den Träumen liegen, "welche entweder gar nicht erinnert werden können oder als bildhaft geschlossene Szenen zu vergegenwärtigen sind". Wir fanden bei nur 5 unserer Patienten mnestische Störungen.

O r i e n t i e r u n g : Von unseren 29 Kranken waren 22 sowohl zeitlich als auch örtlich, 2 nur örtlich desorientiert; die restlichen 5 zeigten bei voller Orientiertheit eine so ausgeprägte delirante Symptomatik (deutliche körperliche Zeichen wie Tremor, Schweißausbruch, motorische Unruhe, starke Suggestibilität und charakteristische optische Halluzinationen), daß wir sie auch in diese Gruppe aufgenommen haben.

D i e H a l l u z i n a t i o n e n erstrecken sich fast ausschließlich auf den akustischen und optischen Bereich. In der Mehrzahl der Fälle (23) bedrohen die Stimmen den Patienten direkt, bespitzeln ihn, halten ihm Sünden vor usw., wie wir es von der typischen Halluzinose her kennen. 2 der Kranken werden beschuldigt, sie hätten einen Mord begangen;
einem anderen trachtet eine ganze "Bande" nach dem Leben, weil er die Polizei angeblich von ihren geplanten Verbrechen in Kenntnis gesetzt habe.
In fünf Fällen ist der Inhalt der akustischen Halluzinationen eindeutig sexueller Art: die Verfolger singen obszöne Lieder oder führen obszöne Unterhaltungen; einmal sind es Stimmen aus "Himmel und Hölle", die dem Patienten vorwerfen, er habe "Schweinereien" getrieben und ihm befehlen, sich zu erhängen, "er müsse in

die Hölle". Derselbe Kranke hört auch, er sei ein Judas, habe Gott verraten und würde deshalb von Geistern verfolgt; die Ehefrau bekomme ein Kind von "einem aus Satans Garten". Von der Ehefrau des Patienten hören wir, daß der Patient sich "schon als Kind immer Selbstvorwürfe gemacht habe und zeitweise unter sexuellen Zwangsvorstellungen leide".
Bei einem anderen dieser fünf Patienten deuten psychologische Testergebnisse darauf hin, daß der Patient hilflos einem Triebdruck ausgesetzt ist und wahrscheinlich häufig durch sexuelle Zwangsvorstellungen mit exhibitionistischen und voyeuristischen Färbung belästigt wird.
Einem weiteren Kranken mit homosexuellen Tendenzen werden in der Psychose von den Verfolgern Verfehlungen in dieser Richtung vorgeworfen; zur Strafe soll er "geschlachtet werden" (Zerstückelungsmotiv, das für die Alkoholhalluzinose auch von BILZ u.a. beschrieben wird).
Zwei Patienten erfahren durch die Stimmen von der Vergewaltigung bzw. sexuellen Mißhandlung ihrer Ehefrau.

Den 24 "Bedrohungsdelirien" mit Verfolgung durch mehrere meist unbekannte Stimmen steht eine Gruppe von 5 Mischbildern gegenüber, in denen nur eine einzige Stimme in Erscheinung tritt. In 2 Fällen ist es die verstorbene Mutter, die ununterbrochen zu dem Patienten spricht; der eine, eine abnorme Persönlichkeit mit schwacher Ich-Struktur und übertriebener Mutterfixation ist seit dem Tod der Mutter sozial stark abgeglitten, hatte jedoch schon lange zuvor mit dem Trinken angefangen und bereits drei Suicidversuche unternommen; er gibt während der Psychose an, die Mutter fordere ihn zum Selbstmord auf ("er solle zu ihr kommen").
Der andere Patient glaubt, die Mutter halte sich im Kleiderschrank versteckt und quäle ihn laufend mit Reden und Vorwürfen.
Ein dritter Delirant hört neben den Stimmen, die seine Handlungen kommentieren, eine Unterhaltung der geschiedenen Ehefrau und ihres Geliebten, in der sie beschließen, ihn zu töten. Bei diesem Patient deckt der psychologische Test nach Abklingen der Psychose und Distanzierung des Patienten von seinem psychologischen Erleben einen starken, tiefen Haß auf die geschiedene Ehefrau, die ihn wegen seiner

Trunksucht verlassen hat, auf. Hier werden wahrscheinlich die eigenen Gefühle und Wünsche auf den Partner, auf den sie sich beziehen, projiziert und richten sich somit gegen die eigene Person.
Ein anderer Patient wird von den Vorwürfen der Ehefrau geplagt, die seine Trunksucht, sein berufliches und familiäres Versagen zum Inhalt haben.
Die Stimmen werden von der Mehrzahl unserer Probanden direkt (mit den Ohren) gehört, das heißt ohne Übertragung durch andere Kommunikationsmittel.
Nur sieben Kranke glauben, die Verfolger würden sich mittels irgendwelcher technischer Geräte (Lautsprecher, Sender, Tonbandgerät) mit ihnen in Verbindung setzen. Auf feinere Unterschiede, genaue Lokalisation usw. haben wir nicht geachtet. BILZ (10) unterscheidet noch extra- und intramurale Stimmen und Geräusche und gibt erstere Form als charakteristisch für die Alkoholhalluzinose an.

Befehlende Stimmen traten nur in zwei Fällen in Erscheinung: Der Kranke, der sich zur Strafe für seine sexuellen Verfehlungen erhängen sollte, wurde schon erwähnt; ebenso der zweite, der sich auf den Wunsch der verstorbenen Mutter hin umbringen sollte. Obwohl es sonst typisch für die verfolgenden Stimmen ist, daß sie ihr Opfer selbst bestrafen, quälen, töten wollen, mögen die beiden Ausnahmefälle dadurch zu erklären sein, daß es einerseits das schlechte Gewissen, andererseits die fixe Idee ist, ohne die Mutter nicht weiterleben zu können, die mittels der Stimmen zum Ausdruck kommen. Wir werten deshalb diese imperativen Phoneme auch nicht als Symptome einer Schizophrenie, zumal weder der Gesamteindruck von den beiden Patienten, noch Art und Verlauf der Psychose einen Anhalt dafür bieten. Auch AUERSPERG und SOLARI geben an, daß in ihren Brückensyndromen imperative Phoneme vorkommen, wenn auch selten.
Einer unserer Kranken klagte vor Ausbruch und nach Abklingen der Psychose über Ohrenklingen.

Optische Halluzinationen. Die meisten der Kranken sahen in der Psychose Gesichter und Gestalten; vier der Gesichtstäuschungen waren sexuell gefärbt: Es wurden fremde Personen bei "unsittlichen Handlungen", z. B. beim Onanieren, oder die Ehefrau beim Geschlechtsverkehr mit mehreren Männern bzw. in

lesbischer Umarmung beobachtet. In anderen Fällen traten optische Täuschungen auf in Form von Tieren, Schatten und Fäden; ein Kranker sah seine noch lebende Mutter "in Staub zerfallen". Zwei Kranke hatten ganz atypische Visionen wie Feuerwerk, Raketen, Mars- und Sonnenmenschen.
In fünf Fällen verlief die Psychose ohne optische Begleiterscheinungen.

Haptische und olfaktorische Halluzinationen

Im Verlauf der insgesamt 29 Psychosen traten fünfmal haptische Halluzinationen auf. Drei der Patienten erklärten ihre Körpermißempfindungen damit, daß sie unter Strom stünden bzw. bestrahlt würden, einer fühlte sich "elektronisch gesteuert", ein anderer mit Äther bespritzt. Dem Thema des "Bestrahltwerdens" begegnet man sonst hauptsächlich beim schizophrenen Formenkreis, gelegentlich auch im Rahmen der Involutionspsychosen. Bei den eben geschilderten fünf Kranken wäre es im Hinblick auf die deliranten Begleiterscheinungen denkbar, daß sie eine Erklärung für ihre Parästhesien suchten. Vielleicht sind die Strahlen, die man ja nicht sehen kann, hier der Ersatz für die Spinnweben, Fäden, Tiere usw., die der Delirante sieht und fühlt.

Auch bei WERNICKE's Kranken K.(83) tritt im Verlauf einer sonst typischen Alkoholhalluzinose das Gefühl des "Elektrisiertwerdens" auf, obwohl zu dieser Zeit den Menschen der Umgang mit Strahlen und Elektrizität längst nicht so vertraut und geläufig war wie heute, wo die technischen Neuerungen auch die Gestaltung der Psychose beeinflussen.
AUERSPERG und SOLARI haben haptische Trugwahrnehmungen nur im "paraphren anmutenden Residualwahn eines atypischen Falles" beobachtet, der aber nicht näher beschrieben wird.
Olfaktorische Sinnestäuschungen kamen nur bei einem unserer Patienten vor, der vorübergehend "Gas" roch.

Paranoide Thematik. Die Wahnideen unserer Probanden beschränkten sich auf die unmittelbare Aktualität und bauten systematisch auf den akustischen und optischen Erlebnissen auf; in fast allen Fällen imponierte ein Verfolgungs- und Bedrohungswahn, der aus den geschilderten Vorkommnissen während der Psychose heraus vollkommen verständlich ist. Die Wahnideen sind nicht einfach "da", fremdartig und uneinfühlbar, wie wir sie bei den Schizophrenen erleben. Bei einem Patienten klangen zusätzlich Veramungsideen an, bei einem anderen Größenideen (der Patient hörte, er habe im Lotto gewonnen). Bemerkenswert ist, daß sich vier Patienten von der SED bzw. "Vopos" verfolgt fühlten, einem von ihnen wurde vorgeworfen, er betreibe Ost-West-Spionage; einer dieser vier hatte vor seiner Flucht aus der Ostzone als "politischer Häftling" eine Gefängnisstrafe von zwei Jahren abbüßen müssen. Bei den drei anderen Patienten gab die Vorgeschichte keinen Aufschluß über etwaige ähnliche Zusammenhänge. Sicher spielt die besondere geographische und politische Lage West-Berlins eine Rolle bei dieser speziellen Wahnentwicklung.
Die Verfolgung und Bedrohung unserer Patienten in der delirant-halluzinatorischen Mischpsychose ist immer unmittelbarer und "handgreiflicher" als die vitale Gefährdung durch verborgene Kräfte, geheimnisvolle Wesen, Gifte und dergleichen, wie wir sie bei der Schizophrenie antreffen. Gedankenlesen und -entziehen sowie Abtötung oder Entfernung innerer Organe sind unseren Patienten ebenfalls fremd. Auch Veränderungen der Persönlichkeit und des Weltbildes, "verzerrte Umgebung" usw. wurden nicht beobachtet. In einem Fall hatte die Psychose allerdings ein maniformes Gepräge; im Vordergrund stand nicht wie bei den anderen die Angst sondern eine gehobene Stimmungslage. In Wesen, Kontaktverhalten ,Antrieb war keiner der 29 Patienten auffällig.

Die Dauer der Psychose erstreckte sich von wenigen Tagen bis maximal drei Wochen. Nach dieser Zeit waren ohne Ausnahme 1) Abklingen der Symptome, 2) normales psychisches Verhalten und 3) Distanzierung von den Erlebnissen in der Psychose festzustellen.
Zwölf dieser Patienten waren mehr als einmal in unserer Behandlung, sieben insgesamt zweimal, zwei fünfmal, je einer drei-, vier- und siebenmal.

Wir haben bei diesen Kranken die Gründe für die früheren Einweisungen untersucht bzw. nach den seinerzeit gestellten Diagnosen geforscht. Lediglich vier der Patienten hatten bei einer früheren Aufnahme ein ähnliches delirant-halluzinatorisches Mischbild geboten; die anderen waren wegen eines typischen Delirium tremens, zwei mit einer klassischen Alkoholhalluzinose eingewiesen worden. Eine Alkoholepilepsie war in drei Fällen diagnostiziert worden; einige Aufnahmen erfolgten wegen eines Suicidversuches, andere zur Entziehungskur.
Ein Patient verstarb am 4. Tag nach der Aufnahme an Herz- und Kreislaufversagen.

Bei den soeben diskutierten 29 Fällen besteht also der a t y p i s c h e Charakter der metalkoholischen Psychosen in der Kombination von deliranter und halluzinatorischer Symptomatik, die als fließende Übergänge imponieren mit zusätzlichem Auftreten von (meist einfühlbaren, aus den Ereignissen der Psychose heraus verständlichen) paranoiden Ideen.

2.3.4.4 Paranoid-halluzinatorische Alkohol-Mischpsychosen (16)

In der Gruppe vier haben wir Alkoholpsychosen zusammengefaßt, die anhand ihrer psychopathologischen Symptome von den bisher besprochenen Formen wie auch von der Alkoholparanoia unserer Definition deutlich abzugrenzen waren. Der a t y p i s c h e Charakter besteht hierbei in einer Kombination von Halluzinationen der verschiedensten Sinnesgebiete mit multiplen und oft wechselnden Wahnideen. Wir fanden neben optischen und akustischen auch haptische, olfaktorische und gustatorische Sinnestäuschungen und in der paranoiden Thematik eine größere Variationsbreite als bei den anderen atypischen Alkoholpsychosen.
In dieser Gruppe war die Neigung zur Chronifizierung deutlicher als bisher. Wir werden sehen, daß einige dieser Psychosen in der Vorgeschichte eine Alkoholhalluzinose aufweisen bzw. mit akustischen Halluzinationen begannen, sodaß man sie im weitesten Sinne als chronische Alkoholhalluzinosen bezeichnen könnte.
Die Mehrzahl der Patienten bot jedoch von Anfang an ein so atypisches Bild, daß

wir die Sonderstellung dieser Gruppe als gerechtfertigt betrachten. Ausgesprochen schizophrene Wesensveränderungen und Denkstörungen haben wir nicht beobachtet. Zwar fiel in zwei Fällen ein kontaktarmes, scheues Verhalten des Patienten auf, jedoch ausgesprochen autistische, negativistische, katatone Züge, Neologismen usw. Gedankenentzugs- oder Depersonalisationsphänomene klangen in keinem Fall an. Wir können trotzdem selbstverständlich nicht mit Sicherheit ausschließen, daß einzelnen Bildern nicht doch eine Schizophrenie zugrunde lag bzw. daß dem Alkohol in gewissen Fällen nicht nur eine auslösende Funktion bei einer latent vorhandenen endogenen Psychose zukam. Die endgültige Klärung bleibt in diesen Fällen der Katamnese vorbehalten.

Patient 1: B.K. (51 Jahre), Polsterer, verheiratet, Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene Anamnese: 1942 Schädelverletzung durch Explosivgeschoß, Bewußtlosigkeit und Verlust des rechten Auges, seitdem häufig Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit und Vergeßlichkeit; zunehmender Alkoholabusus seit mehr als acht Jahren; 1953 Flucht aus der Ostzone, erste Aufnahme 1956 im pathologischen Alkoholrausch. Zweite Einweisung 1962 wegen Delirium tremens. Jetzige Aufnahme wegen Verwirrtheitszustand und paranoider Ideen (Verfolgungs-, Beeinträchtigung- und zeitweise auch Größenideen). Patient fühlt sich von "Spiritisten und Saugern" verfolgt, erhalte Spritzen aus dem Osten, müsse die Verbrechen der Weltgeschichte aufklären, usw. Der Patient ist mißgestimmt, teilweise völlig desorientiert, wird bereits nach wenigen Tagen wegen Verdachts auf einen malignen L u n g e n p r o z e ß in eine andere Klinik verlegt.

Die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der hier produzierten Wahnideen paßt n i c h t in den Rahmen irgendeiner t y p i s c h e n Alkoholpsychose, wenn sich auch leichte delirante Symptome bzw. Zeichen eines " Bedrohungsdelirs" finden. Sicher ist am Entstehen dieses a t y p i s c h e n Bildes eine Hirnschädigung mitbeteiligt, die auf das frühe Schädeltrauma (pathologischer Alkoholrausch in der Anamnese!) und/oder eventuell Metastasen bei einem bestehenden Lungencarcinom zurückgeht.

Patient 2: B.K., (36 Jahre), Maler, verheiratet, lebte von 1954 bis 57 in Australien, habe beim Verteidigungsministerium gearbeitet. Familien-Anamnese unauffällig, Eigene Anamnese: 1958 sechs Wochen stationäre Behandlung wegen einer "Vergiftung durch Farbdämpfe und Gase"; nach Angaben der Ehefrau habe der Kranke in den letzten zwei Wochen vor der Aufnahme nachts Lichtzeichen

und Gestalten gesehen; er halte sich im "Rausch" für einen Agenten. Am Tag der Aufnahme fühlte der Patient sich von einem Bekannten verfolgt, ging zur Polizei, um 100 (private!) Photos zur Sicherstellung abzugeben, die er für wichtige Dokumente hielt, an denen fremde Mächte interessiert seien; bei der Aufnahme gibt er an, er habe zuviel Kenntnisse über Atomforschung und militärische Geheimnisse, zeigt seine "Unterlagen" (einen Aktenordner mit harmlosem Inhalt) vor, deshalb würde er verfolgt und bedroht. Er habe im Briefkasten auch Vergiftungspatronen gefunden, höre "schlechte" Stimmen usw. Nach sechs Wochen keine Produktion von Halluzinationen oder Wahnideen mehr, jedoch auch keine Distanzierung von den psychotischen Erlebnissen; er ist weiterhin ängstlich , unruhig; bei der Entlassung nach drei Monaten noch immer nicht ganz distanziert, jedoch ruhig, geordnet, freundlich.

In dieser a t y p i s c h e n metalkoholischen Psychose imponieren Größen-, Bedeutungs-, Beziehungs- und Verfolgungsideen neben akustischen Halluzinationen und einer ängstlich-gedrückten Stimmungslage; auch zeigt sich eine deutliche Tendenz zur Chronifizierung des Zustandsbildes.

Patient 3: G.H., (34 Jahre), häufiger Stellenwechsel, zuletzt Hauswartsstelle, seit zwölf Jahren starker Trinker, erste Ehe geschieden. Familien-Anamnese Vater und ein Bruder Alkoholiker, Eltern geschieden, Eigene Anamnese: 1956 Suicidversuch, 1967 BILLROTH II, Pyelitis; vier Wochen vor Aufnahme Beginn einer Antabus-Kur; drei Tage vor der Aufnahme plötzlich "komische unzusammenhängende" Reden, wollte in der Nacht plötzlich mit Ehefrau und Kindern nach Italien verreisen. In der Nacht vor der Aufnahme nach Alkoholexzess akuter Verwirrtheitszustand, fühlte sich als "der Weltgott", hielt am offenen Fenster eine laute Rede über die Weltverbesserung, über politische und religiöse Themen, hörte Stimmen, sah Gestalten usw. Bei der Aufnahme am nächsten Morgen, nachdem der Patient in der Nacht auf dem Polizeirevier getobt und randaliert hatte, war er bewußtseinsklar, voll orientiert, freundlich, kontaktbereit und erinnerte sich nur unklar an die Ereignisse, die zur Aufnahme geführt hatten.

Bei der Entstehung dieser a t y p i s c h e n Psychose mit illusionärer Verkennung der eigenen Person und der Umgebung sowie Größenideen muß neben einer chronischen alkoholbedingten Schädigung eine Intoxikation durch Antabus plus Alkohol diskutiert werden.

Patient 4: M.A. (40 Jahre), Jordanier, keine Schulbildung, verheiratet; Familien-Anamnese unauffällig, Eigene Anamnese: ohne Befund; insgesamt viermal in der Klinik aufgenommen; bei der ersten Einweisung delirant-halluzinatorisches Mischbild mit Desorientiertheit und Stimmenhören, Angstzustand; nach Abklingen der Symptome war der Patient weiterhin depressiv, machte sich Vorwürfe wegen seines Alkoholabusus (er ist Mohammedaner!) und Vernachläs-

sigung seiner Familie, die in Jordanien lebt. Vor der zweiten Aufnahme Angstträume, Einweisung in hochgradigem Erregungszustand, fühlte sich in der Klinik ruhig und "geborgen". Bei der dritten Aufnahme erstmalig Äußerungen paranoider Ideen bei olfaktorischen und gustatorischen Halluzinationen (Patient wisse aus dem Koran, daß man ihn vergiften wolle; seine Wirtin wolle ihn mit Makkaroni vergiften, außerdem würde sein Körper von "Gasen die nach Malaria riechen, verpestet"). Patient ist während der Psychose etwas zurückhaltend, jedoch sehr freundlich und kontaktbereit, nach zehn Tagen psychisch völlig unauffällig. Wenige Tage nach der Entlassung komm. er erneut - freiwillig - zur Aufnahme, da ihm sein Zimmer gekündigt wurde, (er hatte zuhause wieder randaliert, Gegenstände aus dem Fenster geworfen usw.), äußert jetzt leichte Vergiftungsideen.

Dieser Kranke präsentiert bei der vorletzten und letzten Aufnahme ein a t y p i s c h e s psychotisches Zustandsbild, das leichte schizophrene Züge aufweist (Sinnestäuschungen des Geruchs- und Geschmackssinnes mit systematisierenden Vergiftungsideen); der Verlauf der bei den ersten Einweisungen bestehenden Psychosen mit typisch delirantem und alkoholhalluzinatorischem Gepräge deutet jedoch mehr auf eine alkoholische Genese hin, so daß wir dieses letzte Zustandsbild als a t y p i s c h e Alkoholpsychose mit paranoid-halluzinatorische Symptomatik ansehen.

Patient 5: R.H. (37 Jahre), Hilfsarbeiter, verheiratet, Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene-Anamnese ohne Befund, Alkohol: bis zu einer Flasche Schnaps täglich, erste Einweisung 1968 wegen akuter Alkoholhalluzinose und Suicidversuch ("man" habe ihm gesagt, seine Frau sei bei einem Autounfall ums Leben gekommen, der Sohn sei schwer verletzt; deshalb habe er sich erhängen wollen; weiter hätten ihm die Stimmen gesagt, er habe ein gutes Gehör und müsse sich bei der Polizei verschiedenen Tests unterziehen). Nach zwölf Tagen distanziert sich der Kranke von den psychotischen Erlebnissen (" es sei alles wohl nur Einbildung gewesen"). Nach verstärktem Alkoholkonsum in den 14 Tagen vor der zweiten Aufnahme plötzliches Auftreten paranoider Ideen: am Tag vor der Aufnahme lag Patient zuhause völlig angezogen im Bett und war überzeugt, ein Kind zu bekommen; er schrie laut auf und ahmte das Verhalten einer kreißenden Frau nach; beim ärztlichen Hausbesuch "sei er dann niedergekommen" (hatte in Wirklichkeit in das Bett uriniert). Bei der Aufnahme äußert der Kranke Beziehungsideen, ist ängstlich, und gibt an, die Stimmen seiner Frau und seiner Mutter zu hören; die psychotischen Gedankeninhalte klangen im Laufe der nächsten zwei bis drei Wochen ab.

Auch hier wird der Charakter der Psychose, die deutliche Züge einer Alkoholhalluzinose aufweist, a t y p i f i z i e r t durch die groteske wahnhafte Verkennung der eigenen Person.

Patient 6: G.R. (33 Jahre), Handwerker, seit über acht Jahren Alkoholabusus (Bier und Schnaps), Familien-Anamnese Vater Alkoholiker, eine Großcousine "nervenkrank" (?), erste Aufnahme wegen a t y p i s c h e r Alkoholhalluzinose (akustische und optische Halluzinationen mit sexuellem Akzent, -Stimmen warfen ihm homosexuelle Beziehungen und Onanie vor; nackte Frauen erschienen auf dem Bildschirm die ihn zum Geschlechtsverkehr aufforderten -, vorübergehende Desorientiertheit, Anklingen paranoider Ideen), die nach sieben Tagen völlig abgeklungen war. Zweite Einweisung fünf Jahre später in einem Angst- und Verwirrheitszustand bei paranoid-halluzinatorischer Symptomatik: er glaubt, in seiner Wohnung seien Radarstrahlen und Leichengerüche, klagt über "Pieken im Körper". Während der Behandlung weiterhin paranoide Mißdeutungen und psychotische Beeinflussungserlebnisse; nur langsame und allmähliche Distanzierung im Verlauf der nächsten zwei Monate.

Nachdem dieser Patient früher eine delirant-halluzinatorische Alkohol-Mischpsychose im Sinne eines Brückensyndroms durchgemacht hatte, hat sich bei der letzten Aufnahme ein paranoid-halluzinatorisches Bild entwickelt, das durch zusätzliche paranoide Ideen und Gedankengänge sowie haptische und olfaktorische Sinnestäuschungen zur a t y p i s c h e n metalkoholischen Psychose wird.

Patient 7: J.D., (54 Jahre), Dreher, geschieden, seit über zwanzig Jahren Alkoholabusus; Familien-Anamnese: keine Angaben, der Kranke ist von Pflegeeltern erzogen worden. Eigene-Anamnese: unauffällig; akuter Beginn der Psychose mit akustischen Halluzinationen nachts und Verfolgungsideen, einige Tage später zusätzlich Auftreten multipler paranoider (Beziehungs-, Beeinträchtigungs-, Verfolgungs- und Bedeutungs-)Erlebnisse. Der Patient erzählt eigenartige verworrene Geschichten über eine geraubte Aktentasche, über seine Nachbarin, über Bandenunwesen und Mord an seiner Ehefrau, die er "als Leiche habe herumlaufen sehen", gibt an, mitunter nachts Stimmen zu hören. Patient ist erst nach vier Monaten psychisch völlig unauffällig. Das EEG weist auf eine leichte diffuse Hirnschädigung mit Zeichen erhöhter cerebraler Anfallsbereitschaft hin.

A t y p i s c h wird diese -anfangs mehr im Sinne einer Alkoholhalluzinose - subakut verlaufende Psychose durch eine Fülle von Wahnideen, die später hinzutreten und systematisch ausgebaut werden.

Patient 8: H.W. (47 Jahre), Angestellter, verheiratet, Familien-Anamnese und Eigene Anamnese: unauffällig; der Kranke wurde von der Polizei eingewiesen, nachdem er sich stundenlang mit einem PKW unterhalten hatte, in dessen Kotflügel er das Gesicht seines Chefs erkannte. Bei der Aufnahme äußerte der Patient eine Fülle von Wahnideen, es klangen auch szenenhaft optische und akustische Halluzinationen an; die Nachbarn würden in seiner Wohnung Tonband-

geräte aufstellen, um ihn zu belauschen, Zettel mit Beschimpfungen und Beschuldigungen seiner Person an die Polizei senden; seine Frau sei überfallen worden, er selbst befinde sich im Krankenhaus, weil man ihm ein Stück Leber und Milz entfernen wolle. Da sich später herausstellte, daß der Patient sich wegen eines Leberschadens vor einiger Zeit in stationärer Behandlung befand, könnte das schizophren anmutende Zerstückelungsmotiv, das sich auf die inneren Organe bezog, unter Umständen Zeichen einer psychotisch verarbeiteten tatsächlich vorgenommenen oder aber befürchteten Leberpunktion oder Laparoskopie sein. Nach zwei Tagen war der Patient bereits völlig unauffällig.

Auch hier finden sich, neben optischen und halluzinatorischen Sinnestäuschungen, in erster Linie multiple wahnhafte Gedankengänge die dieser metalkoholischen Psychose ein a t y p i s c h e s Gepräge geben.

Patient 9: M.J. (27 Jahre), Schlosser, zuletzt als Kellner tätig, geschieden, Familien-Anamnese Vater an Krebs, Mutter an Herzinfarkt verstorben, eine Tante schizophren, Eigene Anamnese: seit mehr als fünf Jahren starker Trinker (viel Schnaps), 1962 Operation (Magen-ca.), danach hauptsächlich Bier, vor zwei Monaten Trennung von der zweiten Ehefrau, danach homosexuelle Kontakte. Bei der Einweisung (nach Suicidversuch in depressiver Wahnstimmung) akustische Halluzinationen (Stimme seines homosexuellen Partners überrede ihn zum Selbstmord, schicke ihn in den Osten), multiple Wahnideen (Bedeutungs-, Beziehungs-, Eifersuchtsideen), die zum großen Teil die gleichgeschlechtlichen Neigungen des Patienten zum Inhalt haben. Das Verhalten des Patienten ist auch im Verlauf der darauffolgenden Wochen auffällig, er ist leicht erregbar, neigt zu Zornesausbrüchen, ist im Affekt zuweilen inadäquat. Der Intelligenzquotient liegt über dem Durchschnitt. Nach Aussagen der zweiten Ehefrau stammt der Patient aus einem schwierigen Elternhaus ("herrische Mutter, jähzorniger Vater, drei Schwestern"), er war mehrmals vor Gericht angeklagt (Diebstähle, Homosexualität, Vernachlässigung der Unterhaltspflicht).

Auch in diesem Bild ist wieder die paranoide Symptomatik vorherrschend, was über den Rahmen einer a t y p i s c h e n Alkoholhalluzinose hinausgeht. Neben anderen paranoiden Ideen ist hierbei vor allem die Wahnthematik auffällig, die sich auf die Homosexualität und die Eifersucht des Kranken bezieht.

Patient 10: A.M. (51 Jahre), Bäcker, jetzt Bauarbeiter, geschieden, Familien-Anamnese keine Angaben, Eigene Anamnese: Granatsplitterverletzung in der Regio lumbalis, erste Aufnahme wegen atypischer Alkoholpsychose mit optischen, akustischen und haptischen Halluzinationen (Strahlen), die nach wenigen Tagen abgeklungen war. Zwei Jahre später zweite Aufnahme nach vermehrtem Alkoholabusus in den letzten Tagen. Der Kranke hörte Stimmen, die ihn aufforderten zur Onanie, spannte Drähte in der Wohnung, um sich gegen die Stimmen ab-

zuschirmen, fühlte sich bestrahlt , durch das Radio beobachtet, äußerte multiple Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Langsames Abklingen der Symptome und Distanzieren von den psychotischen Erlebnissen, nach drei Monaten völlig unauffällig.

In der a t y p i s c h e n Alkoholpsychose dieses Kranken präsentieren sich paranoide Ideen sowie Halluzinationen der verschiedensten Sinnesgebiete, wobei wiederum das Motiv des "Bestrahltwerdens" besonders auffällig ist.

Patient 11: F.S. (57 Jahre), verheiratet, Familien-Anamnese Eltern früh verstorben. Der Kranke ist im Heim großgeworden, Alkohol: täglich eine Flasche Schnaps und mehrere Biere; Eigene Anamnese: mit acht Jahren "Kopfgrippe", Pneumonie, Ikterus, Lebercirrhose; zwei Jahre vor der Aufnahme Herzinfarkt, erste Aufnahme 1967 wegen Eifersuchtsideen und Aggressionen gegen Ehefrau nach vermehrtem Alkoholabusus und Nahrungskarenz. Bei der Einweisung äußert der Patient multiple Wahnideen, behauptet z. B. er würde vergiftet, man habe ihn bestohlen, Ehefrau sei Verbrecherin, habe eine Verwandte umgebracht, wolle jetzt auch den Sohn umbringen; sie habe Riesensummen unter die Leute verteilt, sei eine Dirne (er habe "Spuren oralen Geschlechtverkehrs an ihr entdeckt usw.). Zwischendurch imponieren auch Größenideen - Patient hält sich für adelig usw. Zusätzlich fallen mnestische Störungen und zeitliche Desorientiertheit auf. Das akute paranoid-halluzinatorische Bild klingt im Verlauf von zwei bis drei Monaten ab, weiterhin bleiben Störungen im Sinne eines Korsakow'schen Syndroms bestehen. Sechs Monate nach Entlassung wird der Patient mit einer ähnlichen Psychose aufgenommen, in deren Vordergrund optische und akustische Halluzinationen sowie Beziehungs-, Vergiftungs- und Eifersuchtsideen stehen, die auch im Verlauf der viermonatigen stationären Behandlung kaum abklingen.

Neben der paranoid-halluzinatorischen Symptomatik mit Verfolgungs-, Vergiftungs- und Größenideen finden sich in diesem Bild einer a t y p i s c h e n Alkoholpsychose Zeichen eines Korsakow-Syndroms.

Patient 12: O.S. (54 Jahre), Familien-Anamnese und Eigene Anamnese ohne Befund, langjähriger starker Alkoholabusus. Der Kranke befand sich während der letzten elf Jahre insgesamt zehnmal in unserer stationären Behandlung und bot bei allen Aufnahmen das Bild einer paranoid-halluzinatorischen Psychose mit gleicher Thematik: Er litt unter Halluzinationen der verschiedensten Sinnesgebiete (neben optischen und akustischen traten manchmal auch haptische und olfaktorische Sensationen auf), fühlte sich verfolgt, vergiftet, hatte Angst vor Mord. Der Patient bot bei einigen Aufnahmen delirante Symptome, war vorübergehend desorientiert, zeigte mnestische Ausfälle und ausgeprägte vegetative Störungen. In Stimmung, Affekt und Antrieb war der Patient immer unauffällig. Die Psychose klang meist nach einigen Tagen bis Wochen unter einer Leberschutzbehandlung ab.

Hier zeigen sich bei einigen der immer wieder auftretenden a t y p i s c h e n Alkoholpsychosen bei fast unveränderter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik sogar typisch delirante Begleiterscheinungen, was für die alkoholische Genese spielt.

Patient 13: H.K., (46 Jahre), Maler, geschieden, Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene Anamnese: 1953 schwere commotio mit vierstündiger Bewußtlosigkeit, Alkoholabusus seit mehreren Jahren vor diesem Ereignis; ein Jahr danach erstmalig Einweisung wegen eines deliranten Erregungs- und Verwirrtheitszustandes, der jedoch rasch abklang. In den folgenden Jahren insgesamt sechs stationäre Behandlungen (zur freiwilligen Entziehungskur, wegen Aggressivität und Umweltgefährdung oder Suicidversuches, atypischer Alkoholpsychosen mit optischen Halluzinationen, paranoiden Ideen usw.). Während der Klinikaufenthalte wurde eine zunehmende epileptische Wesensveränderung bei dem Patienten beobachtet. Die Psychosen waren teilweise maniform gefärbt. Im Vordergrund der paranoiden Thematik standen meist Versündigungsideen. Die vorgenommenen Untersuchungen (u.a. EEG, Pneumencephalgramm) zeigten keinerlei pathologischen Befund.

Bei diesem Patienten findet sich in der Anamnese ein Alkoholdelir. Die später auftretenden Alkoholpsychosen sind a t y p i s c h durch ein Vorwiegen der wahnhaften Ideen in Zusammenhang mit optischen Halluzinationen bei zunehmender epileptischer Wesensveränderung.

Patient 14: W.R. (36 Jahre), Familien-Anamnese ohne Besonderheiten, Eigene Anamnese: starker Alkoholabusus seit dem 18. Lebensjahr (!). Zwei Jahre vor der Aufnahme Verletzung durch Axt an der linken Schläfe. Seit dieser Zeit wiederholt akustische Halluzinationen (meist Stimmen der Eltern, die über die Trunksucht des Patienten redeten). Nach ein-monatigem Alkoholentzug (Patient befand sich in Untersuchungshaft wegen schweren Diebstahls) plötzliches Auftreten massenhafter akustischer Halluzinationen, multipler Beeinträchtigungs-, Beeinflussungs- und Verfolgungsideen. Patient fällt durch ein eigenartiges kontaktgestörtes, negativistisches Verhalten auf, ist ängstlich, flüchtet in Zimmerecken, verbittet sich jegliche Bewegung, weist für die Zeit vor der Aufnahme mnestische Lücken auf. In der Schädelröntgenaufnahme stellt sich eine Impressionsfraktur li. temporo-fronto-parietal dar, der EEG-Befund weist auf eine Irritation links vorn basal hin. Der Patient ist erst nach fast drei Monaten psychisch völlig unauffällig.

Für den a t y p i s c h e n Charakter dieser metalkoholischen Psychose ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische cerebrale Schädigung mitverantwortlich; zusätzlich zur paranoid-halluzinatorischen Symptomatik findet sich hier eine vorübergehende Wesensänderung des Kranken sowie mnestische Ausfälle.

Patient 15: K.-H.F., (24 Jahre), Maler, ledig, Psychopath. Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene Anamnese: mit 13 Jahren fragliche Commotio cerebri, 14 Tage vor der Aufnahme optische Sinnestäuschungen (sah Hausbewohner mit Messer auf sich zukommen), seitdem Verfolgungs-, Bedrohungs- und Beeinträchtigungsideen. Bei Aufnahme in die Klinik war der Kranke antriebsarm, affektiv verflacht und zeigte stark paranoide Gedankengänge. Patient war vor Ausbruch der Psychose als infantile, kontaktarme Persönlichkeit bekannt. Nach zehn Tagen war er psychisch unauffällig und distanzierte sich von seinen psychotischen Ideen.

Auch in dieser akut verlaufenden a t y p i s c h e n Alkoholpsychose werden neben multiplen Wahnideen und wahnhaften Gedankengängen nur optische Sinnestäuschungen bei einer retardierten, leicht wesensveränderten Persönlichkeit beobachtet.

Patient 16: H.K., (62 Jahre), verheiratet, Familien-Anamnese ohne Befund, Eigene Anamnese: seit 1940 Asthma bronchiale. Von 1966 bis 68 dreimal in unserer stationären Behandlung. Erste Aufnahme wegen leichter akustischer Halluzinationen bei Korsakow'scher Psychose. Zweite Aufnahme nach viertägigem Alkoholexzess in maniformem Erregungszustand; der Kranke äußerte eine Fülle paranoider (-politischer und Größen-) Ideen. Im psychologischen Test reichlich Hinweise auf eine hirnorganische Erkrankung (beginnende Cerebralsklerose). Bei der dritten Aufnahme war der Kranke hochgradig verwirrt, (er war zuhause durch Fehlhandlungen aufgefallen, hatte mehrere Suicidversuche unternommen), hörte Stimmen und äußerte Vergiftungsideen, war in den darauffolgenden Tagen depressiv verstimmt, distanzierte sich jedoch allmählich von den psychotischen Erlebnissen und war bei der Entlassung nach vier Monaten psychisch unauffällig bis auf leichte mnestische Störungen.

Neben dem chronischen Alkoholismus dürfte für die Entwicklung dieser a t y p i s c h e n Psychose (akustische Halluzinationen und Größen- und Vergiftungsideen!) ein organisches Syndrom verantwortlich sein!

2.3.4.5 Schizophreniforme und cyclophreniforme Alkoholpsychosen (17)

Die Gruppe 5 schließlich umfaßt Psychosen, bei denen ein chronischer Alkoholismus mit einer endogenen Psychose zusammentrifft, oder die Psychose zumindest stark schizophrene oder cyclophrene Züge aufweist. Wir sprechen im ersten Fall auch vom sekundären Alkoholismus, das heißt die Alkoholsucht wird als Symptom einer bereits-unter Umständen auch nur latent - vorhandenen Geistesstörung gedeutet.

Bei einigen unserer Patienten trifft dies ganz sicher zu. Sie sind meist jüngeren Alters und geben an, daß sie zum Alkohol gegriffen hätten, um ihre innere Unruhe, ihre Angst- und Spannungszustände zu betäuben. Bei anderen Probanden ist es nicht ausgeschlossen, daß der langjährige Alkoholabusus erst eine zugrunde liegende schizoide Anlage eines bis dahin völlig normal funktionierenden Gehirns aktiviert hat, so daß es ohne die zusätzliche alkoholische Schädigung vielleicht nie zum Ausbruch der Psychose gekommen wäre. Doch solange wir nichts Genaues über die Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie wissen, erübrigt es sich, über solche Zusammenhänge zu diskutieren.

Immerhin sollen an dieser Stelle Autoren erwähnt werden, die sich eindeutig gegen die Theorie ausgesprochen haben, daß chronisch-halluzinatorischen und paranoid-halluzinatorischen Alkoholpsychosen letzten Endes eine Schizophrenie zugrunde liege. So führt z. B. SCHRAPPE (74) die beiden folgenden Gründe dafür an: 1) würden endogen-psychotisch Kranke nur in Ausnahmefällen süchtig; für den Alkoholismus sei dies ausdrücklich von PAULEIKHOFF betont worden, 2) würden im Verlauf von anderen Süchten (Marihuana, Benzedrin u.a.) immer wieder sich ähnelnde toxische Psychosen beobachtet.

Ergänzend zu Punkt 2 lassen sich Beiträge aus der Literatur anführen: MARIATEGUI (55) hat Untersuchungen an fünf normalen und an fünf schizophrenen Probanden mit LSD vorgenommen; bei den Schizophrenen fand er während der durch LSD induzierten Psychose eine Verschärfung der bekannten Symptomatik mit Hinzutreten einiger neuer, latent vorhandener Symptome. Bei den Normalen beobachtete er neben Wahrnehmungsstörungen illusionärer Art - unter anderem Geruchs- und Geschmackshalluzinationen - einen gehemmten oder verwirrten Denkablauf und in einem Fall das Gefühl der Desintegration des Körpers.

Auch VORONTSOVA (81) und GULIAMOV (32) stellten im Verlauf der von ihnen verfolgten alkoholischen "Delirien" nicht selten psychische Automatismen fest, die bisher im allgemeinen als Zeichen einer schizophrenen Erkrankung angesehen wurden, wie z. B. Zwangsgedanken, Gedankenentzug, Gedankenlesen u.a.

Ebenso haben DEFER und DIEHL (23) bei 56 % von 560 Marihuana-Psychosen das Phänomen der Persönlichkeitsdissoziation beobachtet, ohne daß sich später eine Schizophrenie entwickelt hätte. Bei 21,5 % verliefen die Psychosen ausgesprochen manisch.

Interessant ist die Feststellung HALLAY's (zit. in 84), daß sich bei einem chronischen wahnbildenden Schizophrenen mit den Jahren, in denen sich eine Trunksucht entwickelte, ein grundlegender Symptomenwandel vollzogen hat. Einen ähnlichen Fall beschreibt WIESER selbst (84), bei dem sich zwei Jahre nach einem akuten halluzinatorischen Paranoid unter zunehmender Trunksucht ein expansiv-konfabulatorisches pseudoparalytisches Syndrom entwickelte.

2.3.4.5. 1 Schizophreniforme Alkoholpsychosen (12)

12 unserer 79 atypischen Psychosen bei chronischem Alkoholismus zeigten ausgesprochen schizophrene Züge. Hier lag das Erkrankungsalter auch wesentlich niedriger als bei den übrigen Psychosen, nämlich zwischem dem 21. und 39. Lebensjahr. Eine familiäre Belastung mit Schizophrenie fand sich nur in zwei Fällen; vier der Patienten (W.C., H.L., E.S., W.S., 25 bis 29 Jahre alt), waren bereits vor Beginn der Trunksucht durch abnormes Verhalten und schizoide Wesenszüge aufgefallen. Sie gaben an, aus Angst zum Alkohol gegriffen zu haben, weil sie sich verfolgt, beeinflußt oder "verändert" gefühlt hätten. Bei der Aufnahme waren neben Halluzinationen und paranoiden Ideen typische Affekt-, Antriebs- und Denkstörungen inhaltlicher sowie formaler Art festzustellen; in einem Fall wurde eine Pfropfschizophrenie diagnostiziert mit Neigung zu Alkohol- und Tablettenabusus. Die Patienten produzierten eine Fülle von absurden Vergiftungs- und Verfolgungsideen, die teilweise in keinem Zusammenhang zu den akustischen Halluzinationen standen. Sie fühlten sich bestrahlt, gesteuert, waren depressiv oder mutistisch gespannt.

In den anderen acht Fällen trat der erste schizophrene Schub erst nach längerem Alkoholabusus auf; drei Patienten boten bei der ersten Aufnahme in die Klinik charakteristische psychotische Symptome wie katatoner Stupor (W.J.), Mutismus, Autismus, Produktion von Neologismen, Veränderung der eigenen Person oder Umwelt.

Bei einem dieser Patienten (H.D., 32 Jahre alt), der sich gleichzeitig für einen "Atomforscher, einen großen Hirnchirurgen und Obersten der Roten Armee" hielt

und "aus Spionagegründen verfolgt" fühlte, fällt in der Anamnese auf, daß der Vater Jude war, der Patient sich selbst von 1943 bis 1945 im Konzentrationslager Auschwitz befunden hatte und 1960 aus dem Osten nach Westberlin geflohen war. Hier arbeitete er bei einer Firma, die Atomreaktoren herstellte. Bei einer seiner Reisen nach Ostberlin (angeblich zum Theaterbesuch) wurde er von der Westberliner Polizei festgenommen und fast ein Jahr in Untersuchungshaft in Köln wegen landesverräterischer Beziehungen festgehalten.
Diese Erlebnisse dürften von entscheidender pathoplastischer Bedeutung für die Psychose gewesen sein. Der Patient gab außerdem an, er habe vom 10. bis 12. Lebensjahr unter Krampfanfällen gelitten. Schädel-Röntgenaufnahmen und EEG ergaben jedoch keinen pathologischen Befund.
Drei Monate später wurde dieser Patient erneut in einem paranoid-schizophreniformen Zustand aufgenommen. 14 Tage vor der Aufnahme hatte sich der Patient, der inzwischen als Chemiefacharbeiter tätig gewesen war, für mehrere Tage wegen einer Vergiftung durch Reizgas mit kurzer Bewußtlosigkeit in stationärer Behandlung auf einer internen Abteilung befunden. Danach sei er einige Tage ohne Nahrungsaufnahme durch die Straßen geirrt und einmal in einem Park erwacht (epileptischer Ausnahmezustand?).
Zum Ausbruch der letzten akuten Psychose mit Angst- und Spannungszuständen, akustischen Halluzinationen und Umweltveränderungen war es nach einem Zeitraum von sechs Tagen gekommen, wobei der Kranke psychisch völlig unauffällig gewesen war.

Der zweite Patient, W.J., (36 Jahre) alt, fiel nach mehrtägigem Alkoholexzess plötzlich durch ein völlig verändertes Wesen auf. Er machte sich "starr und steif wie ein Brett, bewegte sich nicht mehr" (Aussagen der Angehörigen) gab an, Stimmen und eine nicht zu identifizierende Musik zu hören, äußerte eine Fülle von paranoiden - meist Größen-Ideen und erfand eine Sprache = "diabräisch, die nicht mit der Zunge, sondern mit dem Gehirn gesprochen würde". Der Vater dieses Patienten war an den Folgen einer Syringomyelie verstorben, ein Bruder durch Suizid umgekommen.

Auch bei dem dritten und vierten Patienten P.A., (34 Jahre) und H.L., (38 Jahre), fanden sich bei der ersten Aufnahme in die Klinik neben multiplen Beziehungs-, Bedeutungs- und Verfolgungsideen (mit meist sexuellem Inhalt bei P.A.) eine Tendenz zu Neologismen sowie imperative Phoneme.

Bei den restlichen vier Probanden dieser Gruppe wurde der Verdacht auf eine schizophrene Erkrankung, der bei früheren Einweisungen in der Differentialdiagnose fixiert worden war, erst durch weitere Aufnahmebefunde bestätigt.
So traten bei dem Patienten H.K., 35 Jahre alt, der bei der ersten Aufnahme nur akustische Halluzinationen und Verfolgungsideen angegeben hatte, beim zweiten Mal psychische Automatismen, "Verzerrung der Umgebung" und imperative Phoneme auf, die ihn zum Verschlucken des Eherings veranlaßt hatten. Zwei Onkel dieses Patienten waren durch Selbstmord ums Leben gekommen; der Patient selbst hatte vor Jahren zwei Suicidversuche unternommen.
Ein anderer Patient, G.C., (34 Jahre), ein haltloser, primitiver Psychopath und starker Trinker, wurde insgesamt fünfmal im Laufe von zwei Jahren wegen eines Erregungszustandes in einer paranoid-halluzinatorischen Psychose (freiwillig zur Entziehungskur oder wegen depressiver Verstimmungen) in unsere Klinik aufgenommen. Typische schizophrene Symptome zeigten sich erst bei der letzten Aufnahme: Bedeutungs-, Beziehungs- und Größenideen (hielt sich für einen verkannten Erfinder und Gottes Sohn, legte "Beweise" aus den Tageszeitungen vor, gab an, er könne durch Strahlen andere Menschen beeinflussen, er selbst höre keine Stimmen, jedoch andere Menschen könnten seine "innere Stimme" hören und seine Gedanken lesen; der Gedankengang war zerfahren, beim Vorbringen seiner paranoiden Ideen wirkte er ausgesprochen läppisch-heiter, bekam dann jedoch wieder unmotivierbare Angst-"anfälle". Aus der Familien-Anamnese ist nichts bekannt, außer, daß die Eltern in der "Nazi-Zeit" umgebracht worden seien.
Bei dem dritten Patienten dieser Reihe (G.S., 38 Jahre), waren in der Anamnese Polioencephalitis, Meningitis und angeblich mehrere leichte Methylalkoholvergiftungen bekannt. Die Mutter des Patienten hatte sich wegen eines nicht näher definierten "Nervenzusammenbruchs" einige Wochen in einer Nervenklinik befunden; der Patient, seit dem 18. Lebensjahr starker Trinker, wurde mit 21 Jahren zum ersten

Mal in unsere Klinik aufgenommen, wo neben paranoid-halluzinatorischen Erscheinungen die durchaus im Sinne einer Alkoholpsychose zu verwerten gewesen wären, vor allem die affektarme Mimik und das kontaktgestörte Verhalten auffielen. Bei der zweiten und dritten Aufnahme hatten auch die Wahnideen ein eindeutig schizophrenes Gepräge: Patient sah in sich einen Angehörigen des amerikanischen Geheimdienstes, bastelte "Raketen", beschäftigte sich mit "Strahlentechnik" (notierte in Wirklichkeit ganz simple mathematische und physikalische Formeln!), nahm Fernseh- und Radioapparate auseinander, um sich vor Gedankenübertragung und Gedankenlesen zu schützen. Die letzte Einweisung erfolgte, nachdem der Patient auf dem Flughafen Tempelhof in der Cockpit einer Maschine beim Startversuch überrascht worden war: er wollte nach USA fliegen, "um den Mord an Kennedy aufzuklären"! Der Patient gab später an, er habe auf Befehl von Stimmen gehandelt.

Bei dem vierten Patienten, G.P., der mit 39 Jahren zum ersten Mal nach langjährigem Alkoholabusus wegen einer paranoid-halluzinatorischen Psychose eingewiesen worden war, wurden während 11 Klinikaufenthalten in den folgenden 14 Jahren neben Verfolgungs- und Vergiftungsideen und vorwiegend haptischen Halluzinationen eine zunehmende affektive Verflachung sowie charakteristische Antriebs- und Kommunikationsstörungen beobachtet.

2.3.4.5. 2 Cyclophreniforme Alkoholpsychosen (2)

Wir haben unter unseren atypischen Psychosen bei chronischem Alkoholismus zwei gefunden, die manisch-depressive Züge aufweisen. Die Patienten waren bei der ersten Aufnahme 40 Jahre (G.P.) bzw. 68 Jahre (E.S.) alt. Der erste Patient hatte drei, der zweite über zehn Jahre vor Ausbruch der Psychose mit der Trunksucht begonnen.

Der Patient G.P. befand sich insgesamt fünfmal in unserer stationären Behandlung; das erste Mal wegen Angstzustände bei ausgeprägter vegetativer Symptomatik; bei der zweiten Einweisung bot er ein ausgesprochen manisches Bild mit euphorisch gehobener Stimmungslage, Logorrhoe, Umtriebigkeit, inkohärentem Gedankengang

sowie Größenideen. Die weiteren Aufnahmen erfolgten abwechselnd in depressivem und maniformem Zustand, wobei die letzte manische Phase über mehr als neun Wochen anhielt.
Der Patient E.S. wurde zweimal in einem manischen Erregungszustand eingewiesen.
Bei beiden Patienten war mit den manischen Phasen ein vermehrter Alkoholkonsum einhergegangen, bzw. diesen Episoden voraufgegangen. Ob der gesteigerte Alkoholkonsum einen neuen Schub der Psychose provozierte oder aber Folge einer bereits bestehenden manformen Verfassung war, ließ sich nicht ermitteln.
MAYFIELD u.a. (58) die anhand von 59 Patienten mit cyclischen Stimmungsstörungen nach einer Beziehung zwischen Stimmung und Trinkverhalten forschten, fanden ebenfalls einen positiven und eindeutigen Zusammenhang zwischen Trinken und gehobener Stimmung und eine undeutliche Beziehung zu Depressionen.

2.3.4.5. 3 Maniform-schizophreniforme Mischpsychosen bei chronischem Alkoholismus (3)

Zwei Patienten boten das Bild einer akuten Psychose, in der sich Halluzinationen und paranoide Ideen mit maniformen Symptomen verbanden.
Der Patient F.R. (55 Jahre), bot bei der Aufnahme mehr das Bild einer atypischen Alkoholhalluzinose mit Angstzustand, akustischen und haptischen Halluzinationen (Kribbeln in den Armen und Nervosität kämen von "kosmischen Strahlen") sowie Verfolgungswahn; in den folgenden Tagen produzierte er Neologismen, äußerte Bedeutungsideen, meist im Zusammenhang mit Astrologie, so daß eine schizophrene Erkrankung in Erwägung gezogen wurde. Nachdem innerhalb von 14 Tagen die Psychose abgeklungen war und keine psychotischen Erlebnisse mehr eruiert werden konnten, entwickelte sich etwa fünf Wochen nach der Aufnahme bei dem Kranken ein erregter Unruhezustand mit Ideenflüchtigkeit und vielfältigen Größenideen; er arbeitete u.a. an der Erfindung eines "Wasserzeichen-Prüfungsmittels für Briefmarken, und an der Entwicklung eines Computers", der laufen und Verbrecher stellen könne, plante Reisen von großer politischer Bedeutung usw.). In seinen Erzählungen tauchten wiederholt Neologismen auf.

Der Patient R.P.,(48 Jahre), der 1940 eine "Kopfgrippe" durchgemacht hatte und seitdem an einer Konzentrationsschwäche litt, hatte sich bereits 1944 und 1947 in nervenärztlicher Behandlung in Frankreich befunden wegen eines "Delirs" mit depressiver Komponente. Aus einem Bericht der französischen Kollegen ging hervor, daß der Kranke, der schon vor diesen Einweisungen seit längerem erhebliche Mengen Alkohol getrunken habe, damals glaubte, er habe sich unter anderem mit Goethe, Schiller und Oscar Wilde unterhalten.
Später(seit 1958)war der Kranke auch in Deutschland wiederholt in nervenärztlicher Behandlung, einmal zur Entziehungskur, 1962 stationär in einer westdeutschen Klinik wegen einer "paranoiden Schizophrenie", 1963 ambulant bei einem Psychiater wegen eines "Depressionszustandes mit akustischen Halluzinationen". 1965 wurde er erstmals in der Klinik aufgenommen in einem ausgesprochen manifornen Zustandsbild, jedoch ohne paranoide Ideen und Halluzinationen. Er war vorher wochenlang schlaflos gewesen, hatte auf den Straßen die katholische Jugend in Berlin-West zum Protestantismus bekehren wollen, zeigte bei der Einweisung einen logorrhoisch-inkohärenten Gedankengang und mnestische Lücken. Einen Monat nach der Entlassung kam er freiwillig in die Klinik, weil er unter akustischen Halluzinationen litt; er wirkte etwas kontaktgestört und führte Selbstgespräche. Ende 1965 wurde er in einem stuporöskatatonen Zustand, Mitte 1967 mit einem schizophrenen Restzustand paranoid-depressiver Prägung aufgenommen.

Zum Schluß sei noch der Fall eines Patienten erwähnt, bei dem in der Anamnese eine Lues (1946) und eine BILLROTH II-Op. (1957) bekannt waren; der Patient hatte sich früher bereits je einer Neosalvarsan- und einer Penicillin-Kur unterzogen. Er wurde 1968 zum ersten Mal in unserer Klinik aufgenommen in einem akuten Verwirrtheits- undErregungszustand mit illusionärer Verkennung der Umgebung; er brachte eine Fülle von paranoiden Ideen vor (man habe bei ihm einbrechen, seinen Mantel stehlen wollen, die Ehefrau sei umgebracht worden, er habe auf der Straße eine Ampulle mit Gift gefunden usw.) hörte Stimmen, vernahm Morsezeichen und Lichtsignale. Der psychotische Zustand klang nach mehreren Wochen ab, vereinzelt waren noch mnestische Störungen festzustellen. Im neurologischen Befund fielen Anisokorie der Pupillen (li re) sowie reflektorische Pupillenstarre links, verwaschene

Sprache, Hypalgesie und Hypästhesie der rechten Körperseite sowie Fehlen des ASR rechts auf. Der Cardiolipin-Test war fünffach positiv; die luesspezifischen Reaktionen des Liquor waren negativ.

Drei Monate nach der Entlassung mußte der Kranke erneut eingewiesen werden, weil er Ehefrau, Nachbarn und Kinder tätlich angegriffen hatte; er hatte während der letzten Wochen vermehrt Alkohol getrunken, Straßenpassanten photographiert, Autonummern notiert (er glaubte, mit der Kripo zusammen Verbrecher zu jagen), sein ganzes Geld mit Taxifahrern vergeudet usw. Bei der Aufnahme wirkte der Patient flach, depraviert, maniform; sein Gedankengang war logorrhoisch, weitschweifig; inhaltlich imponierten massenhaft skurrile paranoide Ideen. Während des sechsmonatigen Krankenhausaufenthaltes blieb der Zustand des Kranken nahezu unverändert.

3. Diskussion

Wie wir eingangs betont haben, liegen aus der internationalen Literatur - soweit sie uns bekannt ist - nur wenige ausführliche Darstellungen atypischer Alkoholpsychosen vor, die unseren Ergebnissen gegenübergestellt werden können.
Von den 254 männlichen Patienten, die mit einer Alkoholpsychose in der Berliner Klinik aufgenommen worden waren, boten rund 32 % ein atypisches Bild, das heißt ein Bild, das von den klassischen Alkoholpsychosen unserer Definition abwich.
Einige Autoren wie KRAEPELIN (44), BONHOEFFER (15) und BILZ (10) haben Einzelfälle von Variationen des klassischen Delirium tremens oder der typischen Alkoholhalluzinose beschrieben.
So ist z. B. das "besonnene Delir" KRAEPELIN's bzw. das "systematisierende Delir" BONHOEFFER's durch Erhaltenbleiben des Bewußtseins und der Orientierung, stärkere Beimischung von Gehörstäuschungen und Verarbeitung der Trugwahrnehmungen zu unzusammenhängenden Wahngebilden gekennzeichnet.
Unsere atypischen Delirien(7 von insgesamt 127)hingegen zeigen die gleichen deliranten Symptome wie das klassische Delir (Desorientiertheit, Bewußtseinsstörung, mnestische Störungen usw.), weichen jedoch in der Art der optischen Halluzinationen sowie durch eine Kombination mit stärkeren akustischen Halluzinationen von dem typischen Bild ab. Ein Auftreten "psychischer Automatismen", wie sie GULIAMOV (32) bei einigen seiner oneiroiden Delirien beschreibt, konnten wir hierbei nicht beobachten.

Bei den Alkoholhalluzinosen war der Anteil der atypischen Formen wesentlich höher: bei 10 von insgesamt 24 Kranken. Sie zeichneten sich vor allem durch den atypischen Inhalt der akustischen Halluzinationen aus sowie durch zusätzliche optische Halluzinationen und Neigung zu systematischem Ausbau . Eine Alkoholhalluzinose, deren normaler Verlauf plötzlich durch eine delirante Episode unterbrochen wurde, wie wir es bei dem Trinker Bertram (BILZ 10) erleben, die wir somit ebenfalls als atypisch bezeichnen würden, hat sich uns nicht gezeigt.
Den Hauptanteil, über 1/3 unserer atypischen Alkoholpsychosen, bildeten die delirant-halluzinatorischen Mischbilder. Wenn wir sie mit den von AUERSPERG und

SOLARI (4) beschriebenen Brückensyndromen vergleichen, müssen wir feststellen, daß die Psychosen unserer Probanden im Großen und Ganzen nicht so einheitlich verlaufen wie die der chilenischen Autoren; beide Formen zeichnen sich durch eine Kombination von Symptomen der Alkoholhalluzinose und des Delirium tremens aus, jedoch erfolgt diese Kombination bei den Mischbildern, die wir beobachtet haben, nicht immer in einem bestimmten Mischverhältnis, wie dies AUERSPERG und SOLARI betonen. Bei unseren Kranken ist die delirante Symptomatik mehr oder weniger stark ausgeprägt, die akustischen Halluzinationen imponieren nicht in allen Fällen so,wie wir sie von der klassischen Alkoholhalluzinose her kennen (Gruppen von Stimmen, Thema der Bedrohung, Beschimpfung, Verurteilung), sondern beschränken sich gelegentlich auf eine Person, sind unter Umständen auch kommentierenden oder registrierenden Inhalts.

Im Gegensatz zu AUERSPERG und SOLARI stellten wir bei drei Kranken atypische haptische Halluzinationen (Strahlensensationen) fest, ein Phänomen, das weder beim Delirium tremens noch bei der Alkoholhalluzinose üblich ist. Irgendwelche schizophrenieverdächtigen Symptome wie Beeinflussungsideen, Gedankenentzug, Gedankenlesen usw. haben wir mit Ausnahme eines Kranken, der sich "elektronisch gesteuert" fühlte, nicht beobachtet. Die Kranken waren meist ängstlich, verhielten sich jedoch nie autistisch, negativistisch oder mutistisch gespannt.

Die Gruppe die wir als paranoid-halluzinatorische Alkoholpsychosen bezeichnet haben, nimmt eine Mittelstellung zwischen den (chronischen) Alkoholhalluzinosen und den schizophreniformen Alkoholpsychosen ein. Sie ist gekennzeichnet durch eine Vielfalt und ein Nebeneinander unterschiedlicher paranoider Ideen in Kombination mit Halluzinationen der verschiedenen Sinnesgebiete. Hier fällt bereits in der Vorgeschichte ein gehäuftes Auftreten typischer und atypischer Alkoholpsychosen auf mit Neigung zu Rezidiven und Chronizität: die akuten Psychosen dieser Gruppe dauern mit wenigen Ausnahmen länger an als alle anderen Formen von atypischen Alkoholpsychosen. Haptische Halluzinationen in Form von Bestrahlt-werden tauchen hier zwar häufig auf, gegen eine Erkrankung im Rahmen des schizophrenen Formenkreises spricht jedoch das freundlich-zugewandte, kontaktbereite Verhalten.

In manchen Fällen manifestiert sich der alkohologene Charakter der Psychose auch durch delirante Begleitsymptome, mnestische Störungen, in einem Fall sogar durch ein beginnendes Korsakow-Syndrom.

Metalkoholische Psychosen, deren Symptomatik in Verbindung mit dem Wesen und Verhalten der Patienten den Verdacht auf eine schizophrene oder cyclophrene Erkrankung nahelegt, haben wir in der letzten Gruppe unserer atypischen Alkoholpsychosen zusammengefaßt.

Bei einigen dieser Kranken können wir mit Sicherheit annahmen, daß es sich um einen sekundären Alkoholismus handelte(die Patienten W.C.,H.L.,E.S.,N.N. , W.S.)Dafür spricht neben dem relativ niedrigen Erkrankungsalter der von Anfang an schizophrenieverdächtige Verlauf der akuten Psychose sowie - nach Angaben von Familienangehörigen oder Bekannten - die praemorbide Persönlichkeit.

In den anderen Fällen, in denen sich erst allmählich oder nach mehreren unauffälligen Psychose-"Schüben" eine Psychose oder Wesensveränderung schizophrener Prägung entwickelt hat, mag dem Alkohol letzten Endes die allein auslösende Ursache zukommen. Diese Formen lassen sich am ehesten mit den chronischen Alkoholhalluzinosen schizophrener Natur, die BENEDETTI (6) beschreibt, vergleichen, obwohl das Erkrankungsalter unserer Probanden wesentlich niedriger liegt.

Wir haben uns auf die Schilderung des Verlaufs der akuten atypischen Alkoholpsychosen unter Berücksichtigung der Vorgeschichte beschränkt; die Beantwortung der Frage, wie sich das Bild weiterentwickeln wird, ob es zu Rezidiven oder zu einer Chronifizierung der Psychose kommen wird, gehörte nicht mehr zum Thema dieser Arbeit.

Welche Momente im Einzelnen pathogenetisch maßgebend sind, ist zur Zeit noch nicht klar, ebenso muß die Frage, inwiefern die Störungen spezifisch alkoholisch sind, noch offenbleiben.

Anhand des "pathogenetischen Dreiecks" nach WALTHER-BUEL (82) haben wir versucht, anschaulich darzustellen, wie man sich das Zustandekommen von Uebergangs- bzw. Mischformen der einzelnen klassischen Alkoholpsychosen durch Vermischen oder Interferieren einzelner Symptome bzw. ganzer Syndrome vorstellen könnte.

Darüberhinaus spielen für die Pathoplastik der atypischen Psychosen persönlichkeitsspezifische Momente - Wesenseigentümlichkeiten, individuelle Erlebnisse, usw. -, aber auch zusätzliche exogene Schäden, alte Schädelhirntraumen, organische Krankheiten, Intoxikationen usw. sicher eine ganz entscheidende Rolle.

Bei einem großen Teil unserer Patienten stand der Inhalt der atypischen Psychose nachweislich in direktem Zusammenhang mit besonders eindrucksvollen Erlebnissen aus der jüngeren oder älteren Vergangenheit, war von Lektüre, Fernsehen und Filmen stark beeinflußt und geprägt, beschäftigte sich mit abgebüßten Gefängnisstrafen, politischer Verfolgung, Streitigkeiten mit Familienangehörigen oder Nachbarn usw. Gelegentlich waren auch religiöse oder sexuelle Konflikte der Schlüssel zum Verständnis für die Gestaltung und den Ablauf der Psychose.
In vielen Fällen haben folgende organischen Befunde das Bild der Psychose modifiziert und kompliziert: bei 13 Kranken waren in der Vorgeschichte Schädelhirntraumen, bei 3 weiteren frühe "Kopfgrippen" und bei einem Patient eine Meningitis bekannt; acht Patienten hatten sich einer BILLROTH II-Operation unterziehen müssen, zwei hatten eine Tuberkulose, zwei eine Lues durchgemacht, vier litten an epileptischen Anfällen, einer an Hypertension.
Bei Beginn der akuten Psychose wurden bei je einem Kranken Bronchopneumonie, Tuberkulose und Hypertension festgestellt.

Besonders hervorzuheben wären noch die beiden Kranken, die vor Ausbruch der Psychose Antabus-Tabletten eingenommen hatten, wodurch der atypische Charakter des Bildes vielleicht zu erklären ist. Hierzu möchten wir eine Veröffentlichung von NEUMANN (62) erwähnen, der "psychotische Zustände bei einem Alkoholiker als Folge alleiniger Antabus-Medikation" beobachtet hat. Der Proband war durch erhebliche Enthemmtheit, wachsende motorische Unruhe, Schlaflosigkeit und phantastische Erzählungen aufgefallen. Ganz ähnlich verlief die paranoid-halluzinatorische Psychose unseres Patienten G.H., (Nr. 3 Seite 68), der allerdings zusätzlich Alkohol getrunken hatte. Der andere Kranke V.H., hatte nach alleiniger Antabus-Einnahme ein delirant-halluzinatorisches Zustandsbild geboten.

Der atypischen Halluzinose des Patienten K.Z. war vor Ausbruch eine längere Buscopan-Medikation voraufgegangen, sodaß hier auch eine Brompsychose infolge Uberdosierung in Betracht gezogen werden muß.

Die Altersverteilung und das durchschnittliche Erkrankungsalter der Patienten ersehen wir aus der Tabelle 3 Seite 42. Obwohl diese Werte infolge der geringen Anzahl der Probanden in den einzelnen Gruppen keine statistische Aussagekraft haben, fallen doch gewisse Besonderheiten ins Auge: am niedrigsten liegt das Erkrankungsalter bei den schizophreniformen Psychosen, das Alter der atypischen Deliranten und Halluzinanten korreliert in etwa zu dem der betreffenden klassischen Formen.

Eine Beziehung zwischen Intelligenzniveau und einzelnen Psychoseformen konnten wir nicht feststellen; die Mehrheit der Kranken zeigte eine durchschnittliche Intelligenz. In den drei Fällen, in denen der IQ unter der Normgrenze lag, fiel allerdings eine eintönige, ideenarme und thematisch beschränkte Gestaltung der Psychose auf.

4. Zusammenfassung

1) Es wurden zunächst die aktuelle Problematik des Alkoholismus dargelegt, außerdem die besonderen Persönlichkeitsmerkmale des Alkoholikers und eine allgemein gültige Begriffs-Definition gegeben.

2) Das dann bearbeitete eigene Krankengut wurde nach Krankheitsbildern aufgegliedert unter Berücksichtigung von Altersaufbau und Nebenbefunden. Untersucht und beobachtet wurden aus einem Krankengut von 665 chronischen Alkoholikern der psychiatrischen Abteilung der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin aus der Zeit vom 1.1. 1967 bis 31.12. 1968. 254 Kranke mit Alkoholpsychosen, deren Symptome und Verlauf während des stationären Aufenthaltes genau verfolgt werden konnten.

3) Die Untersuchungen ergaben:
   a) bei 175 der 254 metalkoholischen Psychosen waren Erscheinungsbild und klinischer Verlauf so typisch, daß ohne Schwierigkeiten folgende Diagnosen gestellt werden konnten: 120 Kranke mit Delirium tremens, 14 Kranke mit akuter Alkoholhalluzinose, 38 Kranke mit alkoholischer Korsakow-Psychose, 3 Kranke mit Alkoholparanoia, dazu 2 Kranke mit Initial-Delir.
   b) 79 der 254 metalkoholischen Psychosen boten atypische Bilder. Diese Psychoseformen wurden symptomatologisch in fünf verschiedene Gruppen eingeteilt; es fanden sich: 7 atypische Alkoholdelirien, 10 atypische Alkoholhalluzinosen, 29 delirant-halluzinatorische Mischpsychosen, 16 paranoid-halluzinatorische Mischpsychosen und 17 Psychosen mit deutlich schizophrenen oder cyclophrenen Zügen, die in Verbindung mit einem chronischen Alkoholabusus aufgetreten waren.

4) Die Kasuistik dieser atypischen Psychosen ließen folgende Schlüsse zu:
   a) Die Gestaltung der Alkoholpsychosen zeigt P e r s ö n l i c h k e i t s s p e z i f i t ä t, das heißt sie wird entscheidend von der Persönlichkeit des Probanden, von seinen individuellen Interessen und Erlebnissen geprägt.
   b) der atypische Charakter einer metalkoholischen Psychose kann bedingt sein

durch Überlagerung einzelner psychopathologischer Phänomene bzw. durch fließende Übergänge einzelner "klassischer" =typischer Alkoholpsychosen untereinander.

c) exogene Momente wie traumatische, infektiöse toxische Prozesse und Veränderungen des Stoffwechsels sind, wenn nicht für die Entstehung von metalkoholischen Psychosen,so doch unter Umständen für deren Modifikation verantwortlich zu machen.

d) Atypische Alkoholpsychosen können getarnte endogene Psychosen sein, die sich unte. Alkohol manitestieren oder durch chronischen Alkoholabusus modifiziert werden. Möglicherweise aber können endogene Anlagen als Variation einer Alkoholpsychose bemerkbar werden.

Literaturverzeichnis

1. Ahlfors, U.G. — Psykopatologiska synpunkter pa nagra alkohol-psykoser. (Schwed. m. engl. Zusammenfassung). Nord. Psykiat T. 19: 235-240, (1965).

2. Alkohol und Alkoholismus — 27. Internationaler Kongreß über die Suchtgefahren, Frankfurt/M., 6.-12.9. 1964. Lancet 1964, II.

3. Auersperg, A. Cid-Araneda, A. — Bedrohungsdelir und Verfolgungswahn. Zur Unterscheidung metalkoholischer und schizophrener Psychosen. Der Nervenarzt 5: 209-214 (1970).

4. Auersperg, A. Solari, G. — Brückensyndrome der akuten Alkoholhalluzinose zum Delirium tremens. Der Nervenarzt 24: 401-407 (1953).

5. Bahn, A.K. Chandler, C.A. — Alcoholism in psychiatric clinic patients. Quart. J. Stud. Alcohol 22: 411-417 (1961).

6. Benedetti, G. — Die Alkoholhalluzinosen. Vlg. G. Thieme 1952.

7. Benedetti, G. — Beispiel einer strukturanalytischen und pharmakodynamischen Untersuchung an einem Fall von Alkoholhalluzinose, Charakterneurose und psychoreaktiver Halluzinose. Z.schr. Psychother. 1: 177-192 (1951).

8. Betz, H. — Faktoren des Alkoholkonsums bei Psychosen und Neurosen. Med. Welt N.F. 18: 1469-1473 (1967).

9. Bilz, R. — Trinker. Untersuchung über Erleben und Verhalten der Alkoholhalluzinanten. Vlg. F. Enke, 1959.

10. Bilz, R. — Erleben und Verhalten der Alkoholhalluzinanten. - Versuch der anthropologischen Deutung einer exogenen Psychose. Habilitationsschrift, vorgelegt an der Universität Mainz, 1957.

11. Bleuler, E. — Lehrbuch der Psychiatrie, 11.Aufl. 1969, bearbeitet von M. Bleuler VI: Trunksucht und alkoholische Schädigungen, Seite 265-298;

12. Bleuler, M. — A comparative study of the conditions of Swiss and American alcoholic patients. in: Diethelm, O. Etiology of chronic alcoholism, Ch. Thomas, Springfield 1955.

13. Bonetti, U. — On so-called "alcoholic epilepsy": review of the literature and clinico-electroencephalographic case contribution. Rass. Stud. Psichiat. 51: 477-517 (1962).

14. Bonfiglio, G. — Gastrectomia e psicosi alcooliche. Lav. neuropsichiat. 21: 266-275 (1957).

15. Bonhoeffer, K. — Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Eine klinische Studie. Gustav Fischer Jena 1901.

16. Bonhoeffer, K.A. — Alkohol-, Alkaloid- u.a. Vergiftungspsychosen. Z.schr. f. ärztl. Fortbildung 8: 415-422 (1911).

17. Bonhoeffer, K. — Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psychiat. und Nervenkrankheiten 58: 58-70 (1917).

18. Bonhoeffer, K. — Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Schletter'sche Buchhandlung Breslau 1898.

19. Breitner, B. — Das Problem der Bisexualität. Wilh. Maudrich Wien 1951.

20. Carthomas, N. — Die Häufigkeit der Alkoholpsychosen in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Jahre 1945-56. Dissert. Helvetiae 1960.

20a. Chiu, E. Stephens, W.B. — Alcoholic hallucinosis and myocardial change: a preliminary study. Med. J. Aust. 54: 841-842 (1967).

21. Chotzen, F. — Über atypische Alkoholpsychosen. Beitrag zur Kenntnis des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker und der alkoholischen Pseudoparalyse. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankheiten 41: 383-391 (1906).

22. Dahl, S. — Erfahrungen mit chronischen Alkoholikern in Schweden und Dänemark. Psychiatr., Neurol. u. Med. Psychologie (leipzig) 19: 361-366 (1967).

23. Defer, B. — Les psychoses cannabiques aigues. A propos de 560 observations. Ann. Medicopsychol. 126: 260-266 (1968).

24. Feuerlein, W — Der Alkoholismus in sozialpsychiatrischer Sicht. Med. Klinik 62: 922-926 (1967).

25. Feuerlein, W. — Klinisch-statistische Untersuchungen über die Entstehungsbedingungen und die Prognose des Alkoholdelirs. Nervenarzt 38: 206-212 (1967).

26. Feuerlein, W. — Neue Ergebnisse der Alkoholdelir-Forschung. Nervenarzt 38: 492-500 (1967).

26a. Figurelli, J. — Delirium tremens. Reduction of mortality and morbidity with promazine. Amer.Med. Ass. 166: 747-750 (1958).

27. Fodstad, H. — Untersuchung zur Frage der Alkoholparanoia. Beitrag zur Deutung der somatogenen Psychosen. Schweiz Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psychiat. 102: 431-455 (1968).

28. Fox, R. — Alcoholism in 1966. Amer. J. Psychiatr. 123: 337-338 (1966).

29. Fox, R. — Depression as a symtom of alcoholism: search of a phenomenon. J. abnorm. Psychol. 73: 195-197 (1968).

30. Gross, M. u.a. — Acoustic hallucinations in the acute alcoholic psychosis. J. nerv. ment. Dis. 137: 455-465 (1963).

31. Gross, M. u.a. — Sleep disturbances and hallucinations in the acute alcoholic psychosis. J.nerv. ment.Dis. 142: 493-514 (1966).

32. Guliamov, M.G. — Clinical picture of KANDINSKI-CLERAMBAULT syndrome of psychic automatism in alcoholic psychoses. (Rus.) Zh. Nevropat.Psikhiat. Korsakov 63: 240-243 (1963).

33. Haase, H.J. — Amnestische Psychosyndrome im mittleren und höheren Lebensalter. Vlg. Springer Berlin-Heidelberg 1959.

34. Haase, H.J. — Das Delirium tremens. Med. Klinik 51: 956-957 (1956).

35. Harder, A. — Das Wesen der Alkoholhalluzinose. Schw.Arch.f. Neur.u. Psychiatr. 58: 102-114 (1947).

36. Helbig, H. — Das tödliche Alkoholdelir. Nervenarzt 33: 221-226 (1962).

37. Hoff, H. — Der akute und der chronische Alkoholismus. Med. Klinik 49: 1425–1461 (1954).

38. Hoff, H. Spiel, W. Strotzka, H. — Die soziologische Bedeutung des seelisch gestörten Menschen. Med. Klinik 54: 1816–1819 (1959).

39. Janz, H.W. — Aufgaben der Suchtbekämpfung in der ärztlichen Praxis. Hoheneck-Verlag, Hamm 1960.

40. Kammerer, J. — Les aspects psychopathologiques de l'alcoolisme. Int. J. proph. Med. Socialhyg. 3: 106–108 (1959).

41. Kessel, N. — Suicide in alcoholics. Brit.med.1961, II.: 1671–1672 (1961).

42. Kielholz, P. — Diagnostik und Therapie der Drogenabhängigkeit. Prax. Psychother. 10: 257–267 (1965).

43. Kloos, G. — Grundriß der Psychiatrie und Neurologie, Verlag Müller & Steinicke, München, 7.Aufl. 1966.

44. Kraepelin, E. — Lehrbuch der Psychiatrie. Verlag Barth, Leipzig, 8. Aufl. 1915.

45. Lafon, R. Pages, P. — L'epilepsie tardive de l'alcoolisme chronique. Rev. neur. 94: 624–628 (1956).

46. Laubenthal, F. — Sucht und Mißbrauch. Allgemeine Probleme um Mißbrauch, Süchtigkeit und Sucht. :1-29; Verlag G.Thieme Stuttgart, 1964.

47. Sattes, H. — Allgemeine psychopathologische Probleme bei Mißbrauch und Sucht. in: Laubenthal Sucht und Miß-- brauch 51–68. Verlag G.Thieme Stuttgart, 1964.

48. Panse, F. — Psychiatrische Krankheitsbilder. in: Laubenthal Sucht und Mißbrauch 169-200. Verlag G.Thieme Stuttgart, 1964.

49. Leonhard, K. — Zur Psychologie des chronischen Trinkers. Dt. Med. W.schr. 84: 1474–1479 (1959).

50. Lipscomb, W.R. — Survey measurements of the prevalence of alcoholism. A review of five surveys. Arch.gen. Psychiatr. 15: 455–461 (1966).

51. Llopis, A. — Eifersuchtsideen der Trinker. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 30: 543-564 (1962).

52. López-Zanón, A. — Psikosis alcoholicas agudas. Actas Luso-Esp. Neur. Psiquiat. 25: 33-39 (1966).

53. Lustig, B. — Alkohol und moderne Gesellschaft. Ther. der Gegenwart 105: 735-740 (1966).

54. Machover, S. Puzzo, F.S. — Clinical and objective studies of personality variables in alcoholism. Quart.J. Stud. Alcohol 20: 505-542 (1959).

55. Mariátegui, J. — Psicopatologia de la intoxicación experimental confla LSD Estudios en normales y en esquizofrénicos. Rev.Neuropsiqu. 19: 474-517 (1956).

56. Maroncelli, P. — La personalita premorbosa nelle psicosi alcooliche. Giorn. psichiat. 85: 151-170 (1957).

57. Martin, A. u.a. — L'alcoolisme à l'hôpital psychiatrique de Colson (Martinique). Ann. Medicopsychol. 121: 239-246 (1963).

58. Mayfield, D.G. Coleman, L.C. — Alcohol use and affective disorder. Dis. Nerv.Syst. 29: 467-474 (1968).

59. Meggendorfer, F. — Intoxikationspsychosen. in: Handbuch der Geisteskrankheiten. 7.Band, Spez. Teil III, Verlag Springer, Berlin 1928,

60. Michaux, L. Buge, A. — Etude clinique des delires alcooliques aigus. Revue neur. 94: 480-492 (1956).

61. Milano, T. — Incidenza dell'alcoolismo nelle malattie mentali. Rass. Neuropsichiat. 19: 792-812 (1965).

62. Neumann, H. — Psychotische Zustände bei einem Alkoholiker als Folge alleiniger Antabus-Medikation. Nervenarzt 28: 222-224 (1957).

63. Pequignot, H. Dormont, J. — L'alcoolisme de la population francaise. Vie med. 38: 431-436 (1957).

64. Perrin, P. — Les causes psychiques du comportement alcoolique et de l'alcoolomanie. Rev. Alcool. 6: 351-372 (1960).

65. Podolny, F.S. — The correlation between alcoholic paranoia and delirium tremens. (Rus.m.engl. Zus.) Zh. Nevropat. Psikhiat. 68: 581-585 (1968).

66. Pohlisch, K. — Die Persönlichkeit und das Milieu Delirium-tremens-Kranker der Charite aus den Jahren 1912-1925. M.schr.f. Psychiatr. u. Neurol. 63: 136-179 (1927).

67. Pohlisch, K. — Soziale und persönliche Bedingungen des chronischen Alkoholismus. Sammlung neurol. u.psychiatr. Einzeldarstellungen; Verlag G.Thieme, Leipzig, 1933.

68. Pohlisch, K. — Zur Pathogenese der akuten Halluzinose der Trinker. M.schr.f. Psychiatr. u. Neurol. 63: 82-96 (1927).

69. Saravay, S.M. Pardes, H. — Auditary elementary hallucinations in alcohol withdrawal psychosis. Arch. Gen. Psychiatr. 16: 652-658 (1967).

70. Scott, G.H. — The alcoholic personality. Med. J. Aust. 49: 670-674 (1962).

71. Scheid, W. Huhn, A. — Chronischer Alkoholismus. in: Almanach f. Neurol. u.Psychiatrie, 2-34 (1967).

72. Scheid, W. Huhn, A. — Klinik und Therapie des Alkoholdelirs. Dt.med.W.schr. 83: 2193-2199 (1958).

73. Schilder, P. — Über Halluzinosen. Z.schr. d. ges. Neurol.u. Psychiatr. 53: 169-198 (1920).

74. Schrappe, O. — Alkohol und psychiatrische Krankheiten. Internist 9: 264-269 (1968).

74a. Schulte — Das alkoholische Delir in lebensgeschichtlichem Zusammenhang. Vortrag. Arbeitstagung über Alkoholismus, Wien, 1. bis 3. 10. 1962.

75. Simonetti, C. Lunardi, G.V. — Contributo psicopatologico e clinico allo studie delle psicosi confusionali dell' alcoolismo cronoco. Neopsichiatria 33: 469-490 (1967).

76. Spranger, E. — Kulturpathologie. Festvortrag an der Universität Tübingen 1949; zit. in 2.

77. Stemplinger, F. — Die Mitwirkung des Nervenarztes bei der Bekämpfung des Alkoholismus. Vortrag in: Jahresversammlung Bayer. Nervenärzte in Kaufbeuren/Allgäu; 29./30. 5. 1959.

78. Stenbäck, A. Blumenthal, M. — Relationship of alcoholism, hypochondria an attempted suicide. Acta psychiat. Scand. 40: 133-140 (1964).

79. Stenbäck, A. Rimón, R. — Paranoia och alcoholism Nord. Psikiat. T. 20: 53-61 (1966).

80. Täkkä, V. — The alcoholic personality. A clinical study. Finnish Foundation for Alcohol Studies. Helsinki 1966.

81. Voron tsova, G.S. — Ob atipichnykh alkogol'nykh psykhozakh. (Rus. m.frz. Zus.) Zh. Nevropat. Psikhiat. 59: 657-667 (1959).

82. Walther-Büel, H. — Über ein System der akuten somatogenen Psychosen. Sandorama Sondernr. Sept. 1964.

83. Wernicke, C. — Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Teil III. Verlag Thieme Leipzig, 1900.

84. Wieser, S. — Alkoholismus I, 1940-1959. Dokumentation, Begriffe und Definition; Stoffwechsel, Ätiologie; Fortschr. Neurol.Psychiat. 30: 169-228 (1962).

85. Wieser, S. — Alkoholismus II. Psychiatr. u. Neurol. Komplikationen in: Fortschr.Psychiat. 33: 349-409 (1965).

86. Wyss, R. — Klinik des Alkoholismus. Psychiatr. d. Gegenwart 280-289, Verlag Springer Berlin-Heidelberg, 1960.

87. Zurukzoglu, St. — Ist Trunksucht eine Krankheit. Beih. zur Alkoholfrage in der Schweiz Nr. 35 (1963).

88. Zurukzoglu, St. — Der Alkoholismus als Kulturschaden. Praxis (Bern) 53: 917-918 (1964).

Herrn Priv.-Doz. Dr.med. R. K l a u e, dem verstorbenen Direktor der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin gilt mein aufrichtiger Dank: er hat das Thema dieser Arbeit angeregt und mir die Möglichkeit zum Studium der Unterlagen und zur persönlichen Begutachtung der Kranken gegeben.
Insbesondere bin ich ihm dankbar für die stetige Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchungen.

Herrn Prof.Dr.med. H. S e l b a c h, der so freundlich war, mir über die durch den Tod meines Doktorvaters entstandenen Schwierigkeiten hinwegzuhelfen, bin ich zu besonderem Dank verpflichtet. Er hat die Arbeit weiterbetreut und das Referat übernommen.

Frau Dr.med. L. B a r t h danke ich herzlich für die Ausbildung auf ihrer psychiatrischen Abteilung, die mir Gelegenheit gab, grundlegende praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie zu erwerben.

L e b e n s l a u f

Name:	Elke Barbara Gentz geb. Fresen
Geburtstag:	21.November 1942
Geburtsort:	Diefflen/Saar
Wohnort:	Wiesbaden
Vater:	Ernst Fresen, Bundesbahnoberamtmann
Mutter:	Maria Fresen geb. Thiery

Ausbildung:

1) 1948 bis 1952 Volksschule in Bous/Saar;

2) 1952 bis 1961 Staatliches Mädchenrealgymnasium in Saarlouis; hier März 1961 Abitur;

3)Seit Mai 1961 Studium der Humanmedizin:
SS 1961 an der Universität des Saarlandes in Saarbrücken;
WS 1961/62 bis WS 1963/64 an der Freien Universität Berlin;hier im März 1964 Physikum;
SS 1964 an der Universität Montpellier in Frankreich;
WS 1964/65 an der Universität Wien;
SS 1965 bis WS 1966/67 an der Freien Universität Berlin; hier September 1967 Staatsexamen, Gesamturteil: gut.

4) Seit November 1967 Ausbildung als Medizinalassistentin in Berlin (Städtische Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Städtisches Krankenhaus Wannsee, Martin-Luther-Krankenhaus) und Frankfurt (St.Markus-Krankenhaus);
Januar 1970 Approbation als Arzt;

5) Seit Oktober 1971 Assistenzärztin an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der Universität Mainz (Prof.Dr.med. D. Langen).

Druck: Dissertationsdruckstelle, 1 Berlin 33, Garystr. 45